Tom. IV. Styczeń 1902. № 1.

Czasopismo Lekarskie

Mały szpital ludowy.

Podał Dr. **Józef Idźkowski.**

Gdy Hawkins pierwszy raz ocenił własności kartofla i postanowił zawieźć go w upominku Irlandyi, nikt nie przeczuwał, że ten ziemiopłód znajdzie z czasem takie rozpowszechnienie; nikt bowiem niebył wtedy w stanie ocenić tych warunków ekonomicznych i socyalnych, które podniosły kartofel do godności najniezbędniejszego pokarmu. Nieinaczej rzecz się ma z instytucyami, gdziekolwiekbądź by istniały; przeniesione na nowy grunt mogą nieobliczony wpływ wywrzeć. Z tego powodu opis każdej z nich, o ile można najdokładniejszy, jak opis spotkanej po raz pierwszy rośliny, zaciekawienie wzbudzać powinien.

Inny jest jeszcze powód, dla którego opis szpitala w Woskresieńsku nie pozbawiony jest znaczenia. W tej właśnie chwili przypatrujemy się usiłowaniom urządzenia pomocy lekarskiej dla ludu Królestwa Polskiego, stoimy więc wobec rozstrzygania zagadnienia. jaki z systemów tej pomocy uznać należy za najlepszy: organizacyę komunalną (ziemska), czy administracyjną, system stacyonarny (sieć szpitali), czy ambulatoryjny, czy może nawet rozjazdowy (po targach, odpustach) i t. p. Ogół lekarzy winien to wszystko uświadomić sobie, by mógł rozważyć dobrze rezultaty, do jakich próby w tym lub innym kierunku doprowadziły już i doprowadzić mogą w przyszłości. Gdy więc organizacye ziemskie nie są temu ogółowi całkiem obce, to niewiele zwykł on zwracać uwagi na szpitale małe, skromne, ale samodzielne, wolne od zobowiązań, krępujących szpitale ziemskie (badanie rekrutów, ekspertyzy sądowo-lekarskie, ekspertyzy odszkodowań fabrycznych i t. p.), jako też od interwencyi organów, niewiele mających wspólnego z medycyną. Szpitale prowincyonalne w rodzaju niżej opisanego pozostają w bezpośredniej zależności tylko od lekarskiej władzy gubernii i dla tego stanowią całkiem odrębny typ instytucyj prowincyonalnych.

I.

„Si j'etais assez heureux pour pouvoir fonder un hôpital, je le bâtirais sur un lieu sec et élevé, au voisinage, autant que possible d'une eau courante, sur un plan suffisamment incliné. J'y voudrais un enclos ombragé pour la promenade des malades. Les salles seraient élevées, spacieuses, percées de tous côtés d'amples fenêtres; elles ne contiendraient que deux rangs de lits distants de 1 mètre l'un de l'autre; ces lits seraient sans rideaux". (Fodéré—Traité d'Hyg. etc. 1813).

Nie ulega wątpliwości. że szpitale po wsiach i miasteczkach z każdym rokiem zdobywają sobie coraz więcej wpływu, co raz więcej nagromadza się faktów, świadczących o ich pożyteczności i żywotności. Mnożenie się małych szpitali fabrycznych i kolejowych, powstawanie specyalnych lecznic (ginekologicznych, ortopedycznych i in.) w miejscowościach leczniczych i kąpielowych; decentralizacya pomocy okulistycznej pod postacią oddziałów ruchomych, jako zapowiedź słuszniejszej organizacyi sieci lecznic okulistycznych; wreszcie, powstawanie nowych — wyłącznie ludowych — szpitali z inicyatywy ogółu lub jednostek— oto fakty, świadczące o wielkim ruchu decentralizacyjnym działalności szpitalnej w kierunku ze stolic na prowincyę.

Ruchu tego nie osłabią usiłowania stronników centralizacyi działalności szpitalnej, którzy próbują dowieść, że nie jest w mocy małych szpitali zaprowadzanie udoskonaleń w systemach ogrzewania, przewietrzania, asenizacyi i t. p., i którzy usiłują wzbudzić nieufność do wiedzy fachowej prowincyonalych działaczy szpitalnych (Seeligmüller [1]) lub obawę z powodu ich pozornej encyklopedyczności (Hadlich [2]).

Pojęcie o małym szpitalu zarysowało się już całkiem wyraźnie, a zalety jego doczekały się oceny, opartej na trwałych podstawach. Jakkolwiek bowiem Fodéré, marzący o sielankowych warunkach dla swego szpitala, „przez zapomnienie nie domówił o wyłączeniu go z atmosfery miasta," to bliżsi nam co do czasu hygieniści, jak Felix Rochard [3]) („un hôpital sur l'eau"), Jules Rochard [3]) („un hôpital au milieu des champs"), E. Richard [4]) i inni, wykazali, jak wielkie i nieporównane korzyści może szpital wydobyć z otaczającej go żywej natury — zdala od ciasnoty miast. Statystyka chirurgiczna przyszła z pomocą hygienistom. Tak naprzykład, dane zebrane przez Léon'a Lefort'a [3]), który swe obliczenia oparł na tablicach lekarzy angielskich Bristowe'a i Holmes'a, pokazują, że np. amputacye biodra w szpitalach wiejskich Anglii dały prawie o połowę mniej zejść śmiertelnych, aniżeli w szpitalach Londynu (16,9% : 30,6% *).

Na korzyść małych szpitali przemawia przedewszystkiem to, że są małe. „Wszystkie prace o szpitalnictwie z ostatnich 50 do 60 lat," mówi H. Napias [3]), „zgadzają się na jedno, że śmiertelność jest

*) Dane te odnoszą się do czasów, poprzedzających wprowadzenie opatrunku Listera.

znacznie mniejsza w szpitalach małych, niżeli w dużych". Na tej też podstawie Michel Levy, Marjolin, Verneuil żądali możliwie najmniejszej liczby łóżek w szpitalach.

Istnieją jednak jeszcze inne strony tego przedmiotu, które same przez się mogłyby stanowić „raison d'être" dla szpitali wiejskich: blizkie sąsiedztwo z siedliskiem chorób (Kerschensteiner [4]) i taniość ich urządzenia (Mencke [5], [6]). Dowody na korzyść pierwszego Kerschensteiner znalazł w obfitym materyale faktycznym, dostarczonym przez małe (z 11 do 20 łóżkami) szpitale Bawaryi, która w 1892 r. posiadała ich 126. Do czego, z drugiej strony, można sprowadzić koszta urządzeń szpitalnych na wsi, — o tem poucza Mencke w swym bardzo szczegółowym i dokładnym opisie szpitala w Wilster (okręg Steinburg'a), który, będąc pod wieloma względami wzorem szpitala wiejskiego, kosztował wszystkiego 9571 mrk. 81 fen., co wynosi mniej niż 1000 mrk. na jedno łóżko.

O ile słusznem są obawy takich stronników centralizacyi, jak Seeligmüller i Hadlich, dowodzących, że szpitale wiejskie mogą nieznaleźć lekarzy przygotowanych do zajęcia tyle odpowiedzialnych stanowisk, takich, którzy by nie gubili się śród różnorodnego materyału i różnorakiej pracy, — o tem niepodobna jeszcze ostatecznie orzekać.

Na kartach historyi małych szpitali widnieją już imiona działaczów, którzy nie tylko dowiedli swoich uzdolnień, lecz potrafili jeszcze zbogacić naukę nowemi zdobyczami. Calot, w szpitalu o 30 łóżkach (Berck sur Mer) nie bez powodzenia doszukujący się nowych sposobów leczenia; Kehr z Halberstadt'u, znany operator dróg żółciowych, żołądka i wyrostka robaczkowego; Troczewski z Kutna (gub. Warszawska), cieszący się doskonałymi rezultatami swych laparotomii; Assendelft z Wietoszkina (gub. Niższo-Nowgorodzka)*), który sprowadził cyfrę śmiertelności po cięciu nadłonowem przy kamieniach moczowych do 2,5°/₀ (ogólna liczba operacyj obecnie przeniosła 600); Romanin z Rudkińskiego szpitala ziemskiego (gub. Wiacka), niestrudzenie stosujący znieczulenie miejscowe w komunalnej praktyce chirurgicznej; Witte ze szpitala w Serpuchowie (gub. Mosk.), Brzozowski, Abrażanow i wielu innych, — oto szereg działaczy, którzy silną stanęli nogę w rozwoju prowincyonalnej chirurgii i praktyki szpitalnej. Toż samo powiedzieć możemy i o internistach, że wymienię tylko jedno nazwisko Wł. Biegańskiego z Częstochowy.

Małe szpitale powołane są do tego, by pozbawiały spółczesną medycynę konieczności wykonywania na ludziach wiwisekcyi. Pod ostatniemi rozumiem operacye stosowane na tych chorych z ludu, których tysiącami dostarcza prowincya szpitalom centralnym w najopłakańszym stanie, po długiej nużącej podróży, z zaniedbanemi cierpieniami, by w szpitalu stołecznym stali się „materyałem klinicznym".

---

*) Szpital w Wietoszkinie, podobnie jak opisywany poniżej, został założony przez W. A. Paszkowa.

Sieć szpitali małych na prowincyi zabezpiecza pomoc lekarską wczesną, a w trudnych przypadkach ułatwia takie przygotowanie i zaopatrzenie chorych, by ci, skierowywani do szpitali centralnych, nie tylko zjawiali się tam jako „materyał“ do badań naukowych, lecz mogli korzystać z pomocy lekarzy wielkomiejskich z pożytkiem. Niema wątpliwości, że taki porządek rzeczy musiałby wielu chorych odciągnąć od stolic. Pewnem jednak jest i to, że wraz z chorymi prowincya pociągnęła by ku sobie również wielu lekarzy. Na tem też polega demokratyzacya sprawy lecznictwa, która w okresie 50 do 60 lat ostatnich idzie w ręka w rękę z demokratyzacyą wszystkich dziedzin wiedzy i pracy ludzkiej.

Zbytecznem byłoby wyjaśnienie, że obok całej określoności celów i zadań szpitali małych — bardzo wiele jeszcze szczegółów ich urządzenia pozostało nieopracowanych. Z tego względu są pożyteczne szczegółowe opisy szpitali, mniej lub więcej wyróżniających się przez warunki i zakres działalności. Do takich należy szpital ludowy W. A. Paszkowa w Hucie Woskresieńskiej (gub. Ufimska). Ze szpitalem tym postaram się zaznajomić czytelnika, przy czem dla wyrazistszej charakterystyki nie będę unikał porównań z danemi o innych szpitalach, z wymaganiami prawodawczemi i wskazówkami autorów, o ile ostatni mieli małe szpitale na widoku. Lecznice centralne będą interesować nas jeno wtedy, gdy wypadnie ogólniejsze zagadnienia omawiać.

II.

„Sama przez się statystyka nigdy nie wydobywa na jaw przyczyn zjawisk, zachęca jeno do ich badania“ (Hagen).

W historyi szpitala w Woskresieńsku zaznaczają się wyraźniej dwa fakty: z jednej strony, zwiększenie napływu chorych chirurgicznych, z drugiej—stopniowe przystosowywanie się szpitala do roli chirurgicznej lecznicy. Założony przez W. A. Paszkowa w 1891 r. z początku miał być schroniskiem dla ciężko chorych wogóle, tak że jeszcze w 1893 r. cierpiących na choroby wewnętrzne przyjęto 47%. W następnych latach — od 1894 — 1898 r. cyfra ta stopniowo pada: 27% — 10% — 11%$_2$ — 5,5% — 5,2%, gdy w tym samym czasie liczba chorych chirurgicznych odpowiednio wzrasta: 71% — 84% — 88% — 94,5% — 94,8%. W miarę zwiększania się ilości operowanych chorych rozszerzano zakres operacyjnych zabiegów, osobliwie typowych w warunkach wiejskich: po zdjęciu zaćmy wkrótce nastąpiły operacye kamieni moczowych, a po tych — herniotomie, operacyjne leczenie bąblowca i guzów narządów wewnętrznych.

Te potrzeby specyalne pociągały za sobą coraz większe koszta na odpowiednie przeróbki budynków, na aparaty i narzędzia, W ciągu 7 lat istnienia szpitala na remont w różnych czasach wydano 10,432 rb., co wraz z 10,000 rb., na jaką to sumę oceniona została budowla w jej pierwotnym stanie, stanowi 20,432 rb. — istotną wartość szpitalnych zabudowań. Tym sposobem więc koszt jednego łóżka wynosił 1200 rb.

Ta suma, jak i inne, poniżej wymienione, wymagają omówienia. Warunki miejscowe, mianowicie, przedstawiają pewne trudności, z powodu których koszta każdej budowy zwykle przenoszą znacznie pierwotne obliczenia. Wogóle zauważyć należy, że suma wydatków w stosunku do jednego łóżka jest bardzo rozmaita w różnych szpitalach, zależnie od obfitości budulca w danem niejscu, od wysokości płacy zarobkowej i t. p. względów. Dla tego też obok takich szpitali, jak wspomniany — w Wilster, w którym jedno łóżko kosztowało zaledwie około 500 rb., istnieją szpitale, gdzie suma ta dochodzi do 2,700 rb. (np. założony w roku ubiegłym szpital na 50 łóżek kolejowy w Brześciu) lub nawet więcej.

Narzędzi i przyrządów nabyto na sumę 2100 rb.

Dla tego, co by chciał obliczyć sobie koszta małego szpitala, nie bez wartości będzie zestawienie wydatków na zabudowania i urządzenia pomocnicze.

Oficyna dla oddziału izolacyjnego (choroby zakaźne) i pralni—kosztowała	1877	rb.	35 kop.
Łaźnia , , . . . , . , . .	201	,,	89 ,;
Śpichlerz z lodownią (w jednym budynku) . .	309	,,	59 ,,
Trupiarnia	179	,,	— ,,
Wodociąg z 2 wannami, kotłem i pompą . .	208	,,	— ,,
Szafa żelazna do instrumentów (robota miejscowa)	38	,,	— ,,
Umywalnia z żelaza, miedzi i szkła (rob. miejsc.).	36	,,	— ,,
Dwa stoły operacyjne . . , ...	15	,,	— ,,
Dwa sterylizatory	74	,,	— ,,

W szpitalu, o którym mówię, do r. 1897 włącznie wykończono mniej więcej wszystko to, co stanowiło właściwe urządzenie szpitala i zaopatrzyło go w najniezbędniejsze środki rozpoznawcze i operacyjne; tymczasem gdy w udziale okresowi opisywanemu, obejmującemu lata 1898 — 1899 wypadła praca nad udoskonaleniem żywienia chorych, nad organizacyą wzorowego ich pielęgnowania, oraz nad rozszerzeniem zakresu interwencyi operacyjnej.

III.

„L'idéal de la salubrité serait réalisé par un hôpital s'élevant au milieu des champs". (J. Rochard.)

Sioło hutnicze, w którem znajduje się szpital, liczące około 700 domów i 2,000 mieszkańców, wraz z 14 wsiami sąsiedniemi, o tem samem prawie zaludnieniu, stanowi jakby oddzielny okręg sanitarny — najbliższą sferą działalności szpitala*); podobnie jak kiedyś pańszczyzna u jednego właściciela, dzisiaj interesy hutnicze są spójnią ekonomiczną tych 15 wiosek. Cały okręg leży w miejscowości górzystej (Ural południowy) na północno-wschodniej pochyłości grzbietów Tsian-Sury i Kungaka, na wysokości blizko 900 stóp nad poziomem morza.

*) O 12 wiorst od Woskresieńska, w tym samym okręgu—w Hucie Wierchotorskiej (miedź), znajduje się ambulatoryum felczerskie, odwiedzane przez lekarza z Woskresieńska raz na tydzień.

Klimat miejscowości suchy, z 7 miesiącami surowej zimy (cierpienia reumatyczne) i z 5 zaledwie, którymi może rozporządzać rolnik (tyfus głodowy prawie corocznie). W glebie przeważają warstwy wapienne, wszędzie nasycające swymi solami wodę do picia (kamienie moczowe). Za rdzenną ludność uważani są baszkirzy, „gorącego temperamentu, dumni i ceniący niezależność“ (typ leśny według M a l i j e w a [7]), Zresztą, miejscowość ta, jak cała gubernia Ufimska, przedstawia istny kocioł antropologiczny (jak zauważył dosadnie F l o r y n s k i j [7]), w którym zmięszano około 10 rozmaitych narodowości. Tu i owdzie pomiędzy 15 oddawna tu istniejącemi siołami, o których była mowa, wyrasta mnóstwo chutorów, zakładanych przez wciąż napływające massy wychodźców (syfilis). Wogóle, ludność mieszka w nędzy i ciasnocie (cierpienia gruźlicze), a z tej przyczyny — nieporządnie, zmuszona wpuszczać do chat bydlęta (glisty, tasiemce, bąblowce).

Niepodobna ściśle określić, jaką jest cyfra ludności, korzystającej z usług szpitala. W prawdzie, prócz dwóch łóżek w oddziale chorób zakaźnych i 2 dla robotników hutniczych, ma on w swem rozporządzeniu po jednem łóżku na każde z 15 siól wspomnianych. Odpowiadałoby to w przybliżeniu jednemu łóżku na 2000 ludności i pozostawałoby w zgodzie z obliczaniami D r o u i n e a u [8]), który uważa za konieczne jedno łóżko na każdy tysiąc mieszkańców (Francyi).W rzeczywistości jednak rzecz całkiem ma się inaczej. Szpital, założony na granicy dwóch gubernii, ściąga ku sobie chorych z gub. Ufimskiej (powiat Sterlitamacki), która, jakkolwiek posiada urządzenia ziemskie, rozporządza zbyt małymi środkami, by zabezpieczyć pomoc lekarską ludności *), — i z gub Orenburskiej, która dotąd musi zadawalniać się „organizacyą sielską“. Wobec warunków podobnych, dzięki przytem humanizmowi założycieli, szpital w Woskresieńsku stał się szpitalem ludowym, w najobszerniejszem znaczeniu, który rozwija swą działalność daleko poza zwykłe ramy w obrębie przeszło 100—wiorstowego promienia.

Szpitał położony prawie na skraju sioła, na wynioślejszem miejscu, otaczają z trzech stron sady i ogrody; zaledwie jedna jego strona — boczna — wychodzi na ulicę. Obszar gruntu, przezeń zajęty, wynosi 1028 sążni kw. (budynek sam przez się zajmuje 125 sążni kw.), co stanowi 60 sążni. kw. na jedno łóżko. Cyfra ta znacznie przewyższa te 22 sąż. kw., które, jako minimum, przyjmują T o l l e t [3]),

*) Ciekawą jest pod tym względem tablica: oparta na danych W. M. K r e m k o w'a i innych lekarzy gub. Ufimskiej: [9])

	g. Mosk.	g. Ufims,	p. Sterlitam
jeden lekarz wypada na wiorst kwadrat.	471	2.867	3.048
„ „ „ na mieszkańców .	22.000	51.000	58.000
jeden szpital ziemski — na wiorst kw.	789	5.743	18.290
„ „ „ — na mieszkańców .	37.000	99,000	348.344 (1896 r.).
jedno ambulatoryum ziemskie—na w. kw,	555	3.249	3.048
„ „ „ — na miesz.	27.000	57.000	58.000

Schumburg [10]), Grebionszczykow [11]), a jeszcze więcej okazale wygląda wobec tej, jaka zadawalnia Galton'a i Sutherlanda [10]) (około 10 sąż. kw.). Pruska ustawa wojskowa dla małych lazaretów zaleca tylko 30 sąż. kw. na jedno łóżko [10]).

Nigdzie w sąsiedztwie niema specyalnych źródeł zanieczyszczeń, jak stajen, obór i t. p. Pył i dym z huty (wyrabiającej żelazo surowcowe), oddalonej o sążni 150, zostają unoszone daleko od szpitala przez głównie panujące tutaj południowo-wschodnie wiatry. Grunt, na którym zbudowano szpital, jest piasczysty (żwir) z dość grubym podkładem gliniastym, co według Sander'a [12]) i Schumburg'a [10]) przedstawia wielkie dogodności dla zabudowań mieszkalnych, ponieważ chroni od znacznych wachań w stanie wody gruntowej, a przez to właśnie (Pettenkofer) od wtargnięcia i szerzenia się chorób zakaźnych.

Wody do kąpieli dostarcza studnia, urządzona na dolnem piętrze, w rodzaju tej jaką Schumburg [10]) widział w St. George-Hospital w Londynie. Studnia połączona jest z kotłem do grzania wody i z wannami za pomocą rur żelaznych (wodociąg.) Do picia i gotowania wodę przywożą ze źródła, odpowiednio zabezpieczonego i znajdującego się w troskliwie zamykanym budynku; woda ta jest bardzo twarda.

Oddział zakazny, który mieścił się w oficynie szpitala, w 12 sążniach od głównego budynku, został 1 lipca 1900 r. przeniesiony poza obręb szpitalny, do osobnego domku, znajdującego się po drugiej stronie ulicy. Oficyna zaś od tej pory oddana została na pralnię i suszarnię bielizny.

IV.

„Un hôpital est une machine à soigner les malades“
(Leroy 1777 r.)

Chcąc wyjaśnić sobie, o ile szpital w Woskresieńsku odpowiadał doskonałemu określeniu Leroy, należy rozpatrzeć wszystkie środki, służące ku temu, by zapewnić chorym jaknajlepsze warunki zdrowotne. Dopiero wtedy można będzie bezstronnie sądzić o tem, czy nie ponad siły dla szpitala była ta natężona działalność, ta średnia liczba roczna chorych stałych — 11,1 na 1 łóżko, która przewyższa wielkość, otrzymaną dla klinik (9,1 chorych na 1 łóżko [11]), si magnis parva comparari potest.

Z ilości łóżek szpital w W. jest do pewnego stopnia typowym, ponieważ należy do rzędu szpitali z 10—20 łóżkami, które to lecznice zajmują pierwsze miejsce nie tylko w Rossyi, gdzie średnio jedno łóżko wypada na 1900 mieszkańców, i stanowią 20,7% [11]) całej ilości istniejących tam lecznic, ale i w innych krajach, w których sprawy szpitalne postawione są na szerokiej stopie. Tak np. w Bawaryi, gdzie jedno łóżko wypada na 300 mieszkańców, szpitali tego typu jest 31%

Nie mniej typowym jest *system rozkładu wewnętrznego* w szpitalu. Jest to system korytarzowy (boczny), jaki istnieje w 49% wszyst-

kich, posiadających domy specyalnie budowane, szpitali Rossyi.[11]) Jak widać z załączonego planu, od strony ulicy znajduje się tylko ambulatoryum z chemiczno-mikroskopową pracownią; od strony zaś ogrodu i sadu w jednym rzędzie idą: apteka, mieszkanie dozorczyni i felczerki, dalej szereg sal dla chorych, a w końcu sala operacyjna z oddzielnym pokoikiem kąpielowym. Z drugiej strony korytarza przymykają dwa niewielkie skrzydła budynku, w których mieszczą się klozety i wanna dla przybywających do szpitala chorych.

Chorzy leżą w czterech salach, z których 2 posiadapą po 6 łóżek (oddział męzki i żeński), jedna — 4 łóżka (dla dzieci) i jedna stanowi oddzielny gabinet z 1 łóżkiem, dla położnic.

Wysokość sal = 4,0 m., więc odpowiada normie większości szpitalów niemieckich [10]). D e g e n jest nawet tego zdania, że wysokość nie mniejsza jak 4 m. i nie większa ja 5 m. jest jedynie możliwa dla klimatu Niemiec. C h a u m o n t [3]) zaś wyjaśnił, że „poniżej 4 m. prąd powietrza jest zbyt słaby albo żaden, jeśli w sąsiedztwie niema wentylatorów".

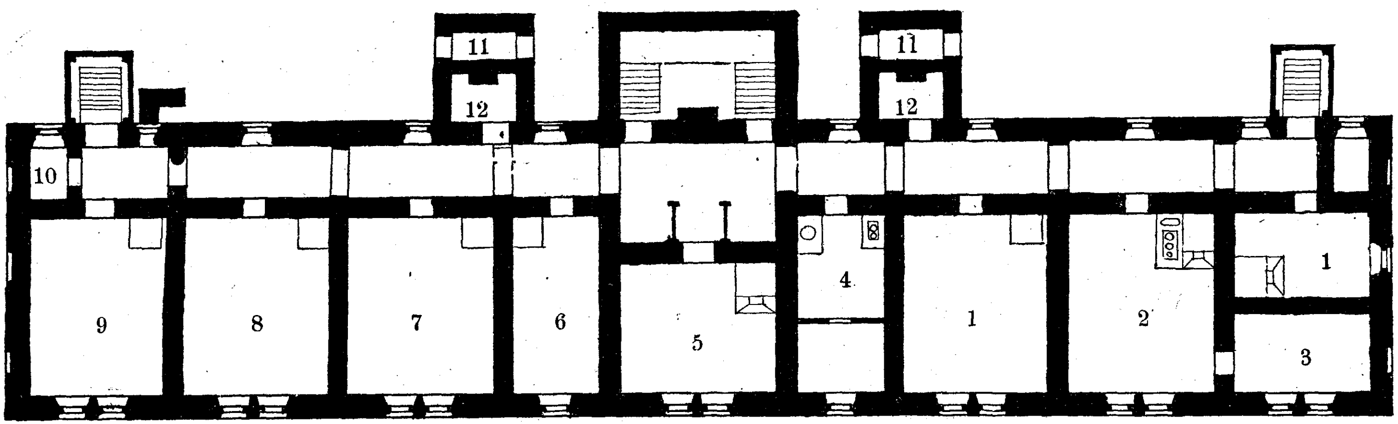
Powierzchni posadzki wypada na 1 łóżko blizko 8 qm., t. j. tyle, ile w więktzości szpitali niemieckich, lecz mniej nieco niż w Anglii (14 qm.)[10]) i niż to, co K e r s c h e n s t e i n e r [2]) uważa za normę dla małych szpitali. Wobec mniejszej powierzchni posadzki *ilość powietrza* w salach — 32 cbm. — również mniejszą jest, niż w szpitalach w Anglii, dla których za średnią L. L e f o r t przyjmuje 52 cbm. Jednakże 31 cbm. pawietrza nie wyda się nam zbyt małą ilością dla sal o 4 — 6 łóżkach, gdy zwrócimy się do bardziej dokładnych obliczeń T o l l e t [13]), pierwszorzędnego znawcy, według planów którego budowano szpitale w Argenteuil, Havre, Saint-Denis, Bourges i in., a także szpital w Montpellier, jeden z lepszych wzorów spółczesnych lecznic. Według formuły T o l l e t'a

$$\frac{65 - 36}{14 + 1} = 2$$

na sali o 4 łóżkach wystarcza 39 cbm., a na sali o 6 łóżkach — 41 cbm. na każdego chorego. Z danych G r e b i o n s z c z y k o w a [11]) wynika, że w Rossyi prawie w 63% szpitali wypada mniej niż 29 cbm. (3 sąż. kub.) na jedno łóżko, przy czem w 34 nawet mniej niż 1 sążeń sześcienny. Pod względem ilości powietrza wyjątek stanowi gabinet dla położnic, zawierający 71 cbm.

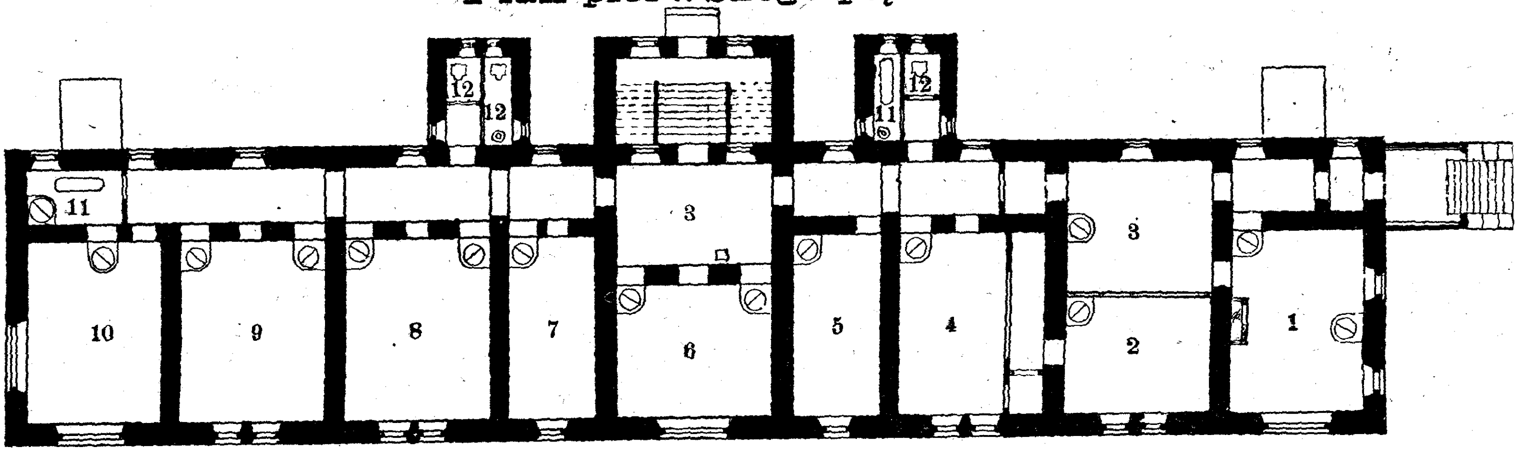
Jako minimum *wielkości okien* D e g e n przyjmuje 1,5 qm., dodaje przytem „dass jene Hospitäler, in denen nur 1 qm. Lichtfläche auf das Bett kam, nicht als musterhaft bezeichnet werden konnten" Rozmiary okien szpitala w Woskresieńsku odpowiadają danym, wyprowadzonym przez S c h u m b u r g'a [10]) i są następujące: szerokość wynosi 1,5 m., wysokość — 2,4 m.; wielkość okna — 3,6 qm. Wogóle *powierzchni świetlnej* wypada na 1 łóżko 1,4 qm. W każdej sali powierzchnia ta stanowi $^1/_8$ częśc powierzchni posadzki. Okna sal zwrócone są na południe, zgodnie z żądaniem V o g t'a [14]). Prawie wszystkie są zaopatrzone w lufciki, otwierające się od góry, co wraz z wentylatorami u każdego ż pieców stanowi jedyny *system wentylacyi*

Plan parteru.



1) Sypialnia sióstr. 2) Kuchnia. 3) Śpiżarnia podręczna. 4) Kocioł i pompa. 5) Piec do chleba. 6) Coctorium. 7) Jadalnia i pracownia sióstr. 8) Pokój stróży. 9) Śpiżarnia zapasów. 10) Ruchome naczynie do przedmiotów wydalanych z sali operacyjnej. 11) Beczki klozetowe. 12) Piece klozetowe.

Plan pierwszego piętra.



1) Gabinet lekarski z szafą do laryngoskopowania. 2) Apteka. 3) Przedpokoje. 4) Pokój starszej siostry i pokoik lekarza. 5) Pokój felczerki. 6) Sale dla dzieci. 7) Sala położnicza. 8) Sala kobieca. 9) Sala męzka. 10) Sala operacyjna. 11) Pokoje kąpielowe. 12) Klozety.

w salach, prócz naturalnie tego, jaki proponuje Spencer Wells („Istnieje jeden tylko rodzaj dobrej wentylacyi: niedomykanie drzwi i okien“).

Ogrzewanie odbywa się za pomocą pieców ruskich systemu Łukaszewicza; na korytarzach dodatkowo używane są też piecyki żelazne.

Dwie *wanny* cynowe, zaopatrzone w wodę — zimną i gorącą — przez wodociąg z piętra dolnego, znajdują się każda w osobnem pomieszczeniu. Jedna — dla przybywających chorych — mieści się w jednej z przystawek budynku; druga — dla chorych, mających poddać się operacyi, znajduje się tuż przy sali operacyjnej w końcu korytarza. Nad ostatnią znajduje się żelazny zbiornik dla zapasu wody gorącej; zanieczyszczoną wodę z wanny odprowadza rura ściekowa.

Łaźnia. Zbudowana w samym końcu ogrodu, służy do użytku personelu szpitalnego.

Klozety są trzy: jeden dla personelu i dwa dla chorych (męzki i żeński), licząc po jednym na 8,5. Wszystkie urządzone systemem beczek ruchomych, które znajdują się na piętrze dolnem — w murowanych, dobrze przewietrzanych, pomieszczeniach. Jak wiadomo, urządzenie podobne bynajmniej nie odpowiada spółczesnym wymaganiom i nie może iść w porównanie z podobnymi systemami ani anglików, którzy „co się tyczy klozetów — stoją na czele wszystkich narodów“, ani też w innych krajach. Wobec tego postanowiono jeszcze jesienią 1900 roku wprowadzić inny system asenizacyjny (wysuszanie i odwanianie za pomocą miału ziemnego i węglowego aa).

Sala operacyjna, zgodnie z warunkami systemu korytarzowego, a w brew żądaniom Miss Nigthingale[10]), zwrócona jest, jak i inne sale, na południe. W niej wszystkie kąty — od strony podłogi i sufitu — są zaokrąglone, ściany pomalowane olejno, posadzka cementowa. Rozmiar sali = 160 cbm. Stosunek powierzchni oświetlenia do powierzchni posadzki = 1 : 4. Do operowania w nocy służy wisząca lampa naftowa z reflektorem. W urządzeniu sali operacyjnej tylko stoły i stołki są drewniane. Posadzka urządzoną jest nieco pochyło ku obwodowi z rurą, odprowadzającą scieki z sali do umieszczonego na dolnem piętrze naczynia — fosse mobile, które znalazło szerokie rozpowszechnienie w małych szpitalach Anglii (Schumburg [10]). Tym sposobem, odpowiada wymaganiom spółczesnej chirurgii; 30 minut zupełnie wystarcza, by sala operacyjna została gruntownie oczyszczona i odkażona.

Ambulatoryum zawiera 150 cbm. powietrza. Stosunek powierzchni oświetlenia i posadzki = 1 :5. Posadzka — drewniana, pomalowana olejno, jak to zresztą ma miejsce wszędzie: w salach, aptece i korytarzach. Całe umeblowanie również jest drewniane, prócz umywalni (z grubej blachy) i niektórych części stołu operacyinego. Do jednej ze ścian przytyka, niby dużych rozmiarów szafa, kamera, służąca zarówno do robót fotograficznych, jak do badań laryngo — i of-

talmoskopowych Nad kamerą mieści się skład materyału opatrunkowego.

Dolne piętro szpitala, półsuterynowe, na wzór górnego ma urządzenie korytarzowo-boczne. Tutaj podłoga zuajduje się niżej od powierzchni gruntu o $1^1/_2$ arsz. w mieszkalnej, a prawie o 2 arszyny w niezamieszkałej połowie; wielkość okien równa się 1,9 arsz. kwadr. (około 1 qm.). W połowie zamieszkałej (od strony ulicy) mieszczą się: pierwszy pokój sióstr szpitalnych, kuchnia ze śpiżarnią podręczną, drugi pokój sióstr; pomieszczenie dla pompy wodociągowej, kotła. W połowie niezamieszkałej: piec do chleba, koktoryum z aparatem do destylowania wody i skład apteczny, pokój stołowy wraz z pracownią dla sióstr, mieszkanie stróżów, śpiżarnia dla większych zapasów mąki, krup. herbaty i t. p. Wzdłuż korytarza połowy niezamieszkałej ciągnie się długi piec, mający na celu osuszanie tej części budynku, długi czas pozostającego bez użytku.

Pralnia, lodownia, śpichlerz mieszczą się w osobnych zabudowaniach.

Trupiarnia jest najbardziej odległem zabudowaniem, znajduje się bowiem przeszło o 15 sążni od głównego budynku szpitalnego.

Niezmiernie ważną w szpitalu jest *czystość*, osobliwie, gdy ta stosowana jest gruntownie i w szerokich rozmiarach. Zabiegi, przyjęte przez szital w W. i mające na celu utrzymanie czystości, mogą być rozpatrywane z czterech punktów widzenia: w stosunku do pomieszczeń, względem personelu szpitalnego, względem chorych, wreszcie — w stosunku do działalności operacyjnej.

Czystość pomieszczeń osiągana zostaje: a) przez opróżnienie na pewien czas kolejno to tej, to innej sali, po czem następuje mycie ścian i podłóg rozczynem sublimatu (1 : 500), bielenie ścian i dokładne przewietrzanie całego pomieszczenia; odświeżanie to ma miejsce nie mniej niż dwa razy do roku; b) przez codzienne mycie podłóg wodą, mydłem i terpentyną (mycie sali operacyjnej odbywa sią po każdej operacyi).

Siostry szpitalne w celu zachowania czystości: a) winny nosić tylko szpitalne odzienie, suknie (których każda otrzymuje po trzy na rok) i wierzchnią bieliznę: fartuchy, ubiór głowy i t. p.; b) winny w przeddzień operacyi wziąć łaźnię; c) zwalniają się (starsze siostry) od spełniania takich robót, jak pranie zanieczyszczonych bandaży, podkładów i t. p.;—mycie podłóg, co stanowi obowiązek tylko sióstr młodszych, mniejszy biorących udział w rzeczach podstawowych; d) w czasie dyżurów przy gospodarstwie — nie mogą się zajmować czemkolwiek, mającem styczność z pielęgnowaniem chorych lub z udziałem przy operacyach. *W stosunku do chorych* praktykują się następujące zabiegi: a) wstępując do szpitala, każdy bierze ciepłą kąpiel, gdzie odbywa się mycie mydłem, strzyżenie włosów (jeżeli to nie spotyka oporu ze strony chorego) i obcinanie paznogci; b) w razie potrzeby i możności — dni kilka przed wstąpieniem leczy się świerzbę i inne udzielające się choroby skórne; c) do sal chorzy dopuszczani są tylko w bieliźnie szpitalnej; d) co najmniej raz na ty-

dzień, a prócz tego przed operacyą, biorą kąpiel; e) w salach bywają umieszczani, o ile to jest możliwe, według stopnia zaraźliwości ran i stopnia ich gojenia.

Przy zabiegach operacyjnych i pooperacyjnych dążenia do możliwej czystości polegają na stosowaniu wszystkiego, co przez spółczesną anty — i aseptykę uznane zostało za najdostępniejsze i odpowiadające celowi.

Jak widać z poprzedniego, w celu zachowania czystości sprawy pielęgnowania chorych podlegają ścisłemu odgraniczeniu od spraw gospodarskich. Ten podział o wiele wyraźniej występuje w przytoczonym *rozkładzie dyżurów sześciu sióstr szpitalnych*, które w swych rękach trzymają wszystkie powyższe czynności.

	DYŻURY	Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek	Sobota	Niedziela	Poniedziałek
I	W nocy czuwa, od g. 6 rano wolna; po obiedzie u dozorczyni*).	A**)	F	E	D	C	B	A	F
II	We dnie — przy chorych.	B	A	F	E	D	C	B	A
III	W nocy — śpi na sali; do obiadu u dozorczyni; po obiedzie wolna.	C	B	A	F	E	D	C	B
IV	We dnie — przy chorych.	D	C	B	A	F	E	D	C
V	We dnie — w aptece.	E	D	C	B	A	F	E	D
VI	W ambulatoryum — na przyjęciu chorych; po przyjęciu odpoczywa.	F	E	D	C	B	A	F	E

Tym sposobem *rozkład dnia* jest następujący: po zmianie dyżuru nocnego wszystkie siostry, za wyjątkiem czuwającej w nocy ubiegłej i drugiej, zajętej przy gospodarstwie, więc w liczbie czterech, o g. 6 rano biorą się do robienia porządku na salach, mycia chorych, zmiany bielizny i t. p. O g. 8 podają herbatę. Od 9 zaczynają się dyżury w ambulatoryum i aptece. Od g. 12 do 1 nastaje w przyjęciu chorych przerwa, by wszystkie siostry w komplecie mogły przystąpić do karmienia chorych. Ztąd wpływa ta dogodność, że chorzy otrzymują obiad prawie jednocześnie wszyscy i w sta-

*) pomaga w gospodarstwie.
**) Litery stoją zamiast nazwisk kolejno zmieniających się na dyżurach sióstr szpitalnych.

nie gorącym. O g. $12^1/_2$ obiaduje personel pielęgnujący. Po przyjęciu chorych lub też po operacyach (w piątki) około g. 4 — 5 rozpoczyna się porządkowanie w ambulatoryum, aptece, sali operacyjnej. O g. 7 chorzy jadają kolacyę. Dziewiąta jest godziną zmiany dyżuru dziennego na nocny.

Stanowiąc tym sposobem prawidłowo funkcyonującą organizacyę, *siostry szpitalne*, dobierane z pośród zdolniejszych dziewcząt miejscowych, zupełnie odpowiadają wkładanym na nie obowiązkom i bardzo szybko nabierają uzdolnienia do rozlicznych zajęć, koniecznych w warunkach szpitalnych. Tworzą one bowiem z jednej strony grupę ludzi, którzy jak najlepiej łączą w swych rękach dwa różne na pozór obowiązki — pielęgnowanie chorych i spełnienianie posług (Pflege — und Dienstpersonal), co Kerschensteiner, Mencke i inni uważają za nieuniknione w małych szpitalach; z drugiej zaś strony, nie skrępowane ani ślubami religijnymi, ani też jakimikolwiek zobowiązaniami zakonnemi, stają one wobec różnorodnej z religii i obyczajów masy chorych, jako najzupełniej zaufania godne opiekunki „mit dem interconfessionalen gewissermaassen neutralen Charakter" (Kerschensteiner). Nie bez znaczenia jest również to, że siostry szpitalne w W., nie poddając się utrapieniom praktyk ascetycznych, o wiele więcej zabezpieczone są przed chorobami, niż, naprzykład, „siostry miłosierdzia", pośród których szerzenie się gruźlicy nie bez racyi niepokoi Ziemssen'a[2]). Z jednej strony odczuwać się daje pewien brak, mianowicie, brak tej opiekuńczej kontroli, z jakiej korzystają na szeroką skalę siostry szpitalne w Anglii, Francyi, Niemczech — ze strony odpowiednich towarzystw kobiecych. W celu wynagrodzenia tego braku szpital w W. stara się oto, by na czele swych sióstr mieć zawsze osobę inteligentną, dozorczynię (lady superintendent, matrone), która potrafiłaby zrozumieć i obronić ich interesy, nie wychodząc przy tem z pedagogicznej względem nich roli. Część właściwie lecznicza znajduje się w rękach felczerki — akuszerki i felczera — aptekarza. Zarządzający zaś szpitalem lekarz ma odpowiedzialność za wszystkie działy czynności szpitalnych *) Do pomocy w operacyach w okresie omawianym był proszony lekarz ziemski, kolega M. Puczkowski.

V.

System *żywienia chorych* w W. mógłby być nazwany indywidualnym: obok bowiem raz na zawsze ustanowionych porcyi — zwyczajnej, słabej, dodatkowej — przygotowuje się potrawy specyalne — podług smaku i na zamówienie tego lub innego chorego. Do wyboru istnieje spis, składający się z 30 potraw, wywieszony na widocznem miejscu. Obok nazwy każdej potrawy mieści się wyjaśnienie, z jakich przygotowuje się produktów, ile zawiera niezbędnych składników pokarmowych (białka, tłuszczów i węglowodanów), oraz

*) Obowiązki te objąłem 7 sierpnia 1897 r.

cena potrawy, — by lekarzowi ułatwić oryentowanie się i kontrolę nad przygotowaniem potraw. Przy takim systemie łatwo stosować pożywienie chorych do indywidualnych potrzeb, upodobań, przyzwyczajeń, co jest rzeczą zawsze niezbędną w postępowaniu z różnoplemienną ludnością.

Jako *minimum* składników pokarmowych dla większości tych, co oczekują na operacye lub mogą być zaliczeni do rekonwalescentów, przyjęte są ilości Vogt'a: 85,0 białka, 30,00 tłuszczu i 300,0 wodanów węgla dziennie. W okresie pooperacyjnym maximum dochodzi nieraz nawet do tuczenia chorego (po operacyach kamienia, osobliwie przy otwartem leczeniu rany pęcherza; przy nowotworach złośliwych; przy gruźlicy; — wogóle po operacyach, którym towarzyszy znaczna stosunkowo utrata krwi, albo które prowadzą do wzmożenia czynności organów wydzielniczych); minimum zaś nie spada niżej granicy, wskazanej przez Breisacher'a [15]), poniżej tych mianowicie ilości, bez których zachowanie równowagi białkowej mogłoby uledz poważnemu niebezpieczeństwu. Takie minimum wyznaczone bywają dla chorych, poddających się operacyi na wątrobie, kanale pokarmowym, pęcherzu, tak w okresie przygotowawczym, jak i przez pierwsze dni po operacyi. Całkowite zaniechanie pokarmów nigdy nie bywa stosowane, nawet u takich chorych, jak nap. z fistułami pochwo-kiszkowemi, gdzie nagromadzenie kału może całkowicie zniweczyć otrzymane przez operacyę rezultaty. Tylko w dzień operacyi rano, i to tylko chorzy mający poddać się znieczuleniu chloroformowemu, muszą zadowolnić się filiżanką herbaty z mlekiem; zato wieczorem mają do wyboru kawę, kakao, rosół, kisiel i t. p.

Uznając słuszność zdania, że, „dodatek *mięsa* choćby bardzo nieznaczny, stanowi jedną z poważniejszych przyczyn zmniejszenia śmiertelności w szpitalach“ [16]) — w szpitalu w W. mięso chorzy otrzymują codziennie, mianowicie po 24 zoł., co stanowi porcyę zwyczajną, a dwa razy na tydzień po 48 zoł. (pieczyste). Ilości te, uważane słusznie za niewystarczające po miastach (Jakimiak [17]), są odpowiednie dla ludności wiejskiej, nienawykłej do pokarmów mięsnych z powodów czysto ekonomicznych. Z gatunków mięsa, prócz ptactwa, jest w użyciu tylko wołowina i baranina. Mięso wieprzowe znane jest jeno pod postacią szynek wędzonych, dostawianych z Orenburga, ponieważ świnie miejscowe, chodowane zresztą w wielkiej ilości, lecz nie w zagrodach, a na wolności, na pastwiskach leśnych — dostarczają złego gatunku mięsa. *Chleb* otrzymują chorzy taki, do jakiego przywykła ludność miejscowa, mianowicie pszenny, i w takiej ilości, w jakiej może być spożyty przez chorego, „do woli“, nie stanowiąc określonej porcyi. Podobnie *mleko* wydaje się w miarę chęci chorego i potrzeby. *Rozmaitość* w żywieniu osiąganą bywa przez dodatki warzyw (kartofli, marchwi, buraków, kapusty, ogórków i t. p.), krup, kaszy, jako też przez zmiany w przyrządzaniu potraw.

Pomimo stosunkowo dobrego postawienia w szpitalu sprawy żywienia *koszt utrzymania* jednego chorego dziennie wynosi tylko 10,3 kop., dzięki pewnym ustępstwom, zapewnionym szpitalowi przez zarząd huty (mięsa, mleka i masła dostarcza przez cały rok po jedna-

kowej cenie) i dzięki znacznej taniości produktów spożywczych w tej miejscowości. Przytaczam niektóre *ceny*: mięsa funt $5^1/_2$ kop., masła śmietankowego funt — 20 kop., mleka dwa litry — 5 kop., jaje — 1 kop., kurczę — 5 — 10 kop., indyczka młoda — 25 kop., pszenicy pud — 85 kop., żyta pud — 50 kop. i t. p. Nie powinno zatem nikogo dziwić, że w budżecie rocznym na utrzymanie chorych i personelu szpitalnego, złożonego z osób 12 figuruje tylko 600 rub.

Inne pozycye *budżetu* wydatków na gospodarstwo i pielęgnowanie chorych są następujące:

	1897 — 1898	1898 — 1899
Na bieliznę i obuwie wniesiono	100 rb.	150 rb.
„ światło i opał „	350 rb.	350 rb.
„ wydatki nieprzewidziane wn.	278 rb.	368 rb.
„ pensye sióstr szpitalnych (po 48 — 84 rb. rocznie) wnies.	360 rb.	384 rb.
„ pensya służby (kucharek, stróżów, sanitar.) wniesiono	192 rb.	300 rb.

(d. n.)

Z działalności pomocy lekarskiej wiejskiej gub. Płockiej.

Działalność lekarska w obwodzie Ciechanowskim.

Podał Dr. **M. Zienkiewicz** (z Ciechanowa).

Upływają już trzy lata od czasu powstania w gubernii Płockiej organizacyi pomocy lekarskiej wiejskiej, lecz dotychczas w pismach zawodowych były tylko luźne o niej wzmianki. Szerzej o tej sprawie mówiły dwa artykuły w „Kraju" w roku 1900, artykuł dr. P. Oboznienki w „Wiestniku Sudiebnoj Miedicyny i Gigjeny"*) i odpowiedź na ten artykuł w „Gazecie Lekarskiej"**). Te nieliczne prace pisane przez osoby, nie mające stałej styczności z omawianą sprawą, nie są wolne od pewnej tendencyjności.

Potrzeba szczegółowszego sprawozdania z działalności pomocy lekarskiej wiejskiej jest obecnie tem więcej na dobie, że zbliża się czas, kiedy podobna instytucya będzie wprowadzona w całem Królestwie (P. „Czas. Lek." r. 1901 str. 331).

Brak takich sprawozdań i żywotność samej sprawy zniewoliły mnie do napisania niniejszej pracy. Nie wiem, o ile ona zadosyćuczyni wymaganiom, będę jednak rad, jeżeli zwróci na siebie uwagę czytelników i będzie pobudką do dalszych w tym samym rodzaju rozstrząsań.

*) Rok 1900 Luty str. 177—209 i Marzec 321—343 „Sifilis i drugija zaraznyja boleźni w polskoj dieriewnie.
**) Gazeta Lekarska rok 1901.

Quod potui feci, faciant meliora potentes.

Jakkolwiek głównem zadaniem niniejszej pracy jest zobrazowanie działalności obwodu lekarskiego w powiecie Ciechanowskim, znajdującego się pod moim bezpośrednim żarządem: atoli ponieważ ta praca będzie pierwszą w omawianym kierunku, nie mogę pominąć ogólnych wskazówek co do zarządu, sposobu rewizyi, statystyki, i t. p. szczegółów całej organizacyi.

Projekt urządzenia pomocy lekarskiej wiejskiej w gub. Płockiej powstał według myśli byłego Gubernatora płockiego r. t. Janowicza; Najwyżej zatwierdzony został dnia 14 Czerwca 1897 roku; po koniecznych przygotowaniach — wprowadzony w czyn dnia 3 Stycznia 1899 roku. Wszystkie 8 obwodów pomocy lekarskiej znajdują się pod głównym zarządem Rady gub. Dobroczynności Publicznej w Płocku. Każdy z pojedyńczych obwodów znajduje się pod bezpośrednim zarządem Rady powiatowej tego powiatu, w którym się znajduje stałe miejsce zamieszkania lekarza obwodowego.

Oprócz tego, na czele niektórych obwodów, w tej liczbie w Ciechanowie, jest kurator.

W zakres działalności Rady gubernialnej obok ogólnego zarządu, jako to: mianowanie lekarzy i całego personelu medycznego, zawiadywanie środkami pieniężnymi, wchodzi bardzo ważna czynność z punktu widzenia zawodowego, mianowicie statystyka.

Dane statystyczne, ostatecznie opracowywane w Radzie gubernialnej, pochodzą z dwóch źródeł i są dwojakiego rodzaju. Pierwsze tyczą się ogólnej liczby przychodzących i stałych chorych, położnic, liczby wyjazdów na posterunki i do chorych do domu; tę wypracowuje lekarz każdego obwodu i daje tylko ogólne cyfry, które już świadczą o wzrastającem zaufaniu ludności, jakiem darzy racyonalną pomoc lekarską.

Co do szczegółowego opracowania materyału, zebranego podług książek, do których zapisuje się wszystkich zgłaszających się po poradę lekarską, to takiej statystyki dotąd nie prowadzono z powodu braku rąk. Wobec nieodzownej potrzeby bliższego zbadania zebranego materyału Rada gubernialna postanowiła zaprosić lekarza zapasowego, w zakres czynności którego wchodzi również opracowywanie materyału statystycznego. (Protok. posied. z Czerwca 1899 r.) Postanowienie to było wykonane w Maju roku 1900. Dotychczas lekarz zapasowy, kol. Mazowiecki, opracował materyał tyczący jakości chorób i ilości chorych — dla wszystkich obwodów, prócz szczegółowego opracowania liczby chorych, przychodzących do lekarza z rozmaitych odległości, dla obwodu Bielskiego, wszystko to za rok 1899. Ta praca jest wydana przy protokóle posiedzenia Rad. Gub. z dnia 10 Kwietnia r. b. Wspomniana praca, wykonana bardzo starannie, z należytem wyczerpaniem materyału, nie może jednak zadosyć uczynić żądaniom surowszego krytyka. Najgłówniejsze niedokładności omawianej statystyki tyczą się liczby chorych, zgłaszających sią powtórnie, jak również sprawy rozpoznawania chorób. Liczba chorych zgłaszających się po raz drugi do lekarza jest prawdopodobnie w statystyce zbyt małą. Na 58008 porad tylko 8545 powtórnych. Zbyt też wielka ilość chorób

jest zakwalifikowana do rozdziału chorób nieokreślonych na 58008 aż 3123. Drugą z oznaczonych niedokładności powiększa to, że statystyka chorób prowadzi się według urzędowej tablicy Departamentu lekarskiego, w której wymaganem jest bardzo ogólnikowe określenie choroby; tak naprzykład, wszystkie choroby oczu, uszu, narządów płciowych żeńskich, choroby skórne przeklekłe — mają *po jednej* rubryce!

Jak pierwszą, tak również drugą przyczynę niedokładności w statystyce pogarsza ta okoliczność, że przez cały rok 1899 zebrany materyał pozostawał nieopracowanym, co zniechęcało lekarzy obwodowych wogóle do zbierania danych statystycznych.

Na to zaniechanie zbierania danych statystyczych Rada gub. zwróciła uwagę i okólnikiem z dnia 20 Lipca 1900 roku prosiła lekarzy obwodowych o ścisłość danych statystycznych; sami zresztą lekarze z chwilą zamianowania lekarza zapasowego, z chwilą ogłoszenia pierwszej poważniejszej statystyki, więc z chwilą, kiedy się przekonali, że ich praca nad zbieraniem tych danych nie idzie na marne, podwoili swoją staranność w tym kierunku, wobec czego można spodziewać się, że statystyka za rok 1900 i 1901 będzie lepsza,

O tem, jakiego rodzaju dane statystyczne są zbierane przez lekarzy obwodowych przy wciąganiu chorych do odpowiednich książek, powiem w rozdziale o technice przyjmowania chorych.

Przy wprowadzaniu pomocy lekarskiej wiejskiej w całem Królestwie na sumienne zbieranie materyału statystycznego trzeba zwrócić szczególną uwagę, przeważnie w pierwszych latach, nie szczędząc na to środków materyalnych i pracy, albowiem ten wydatek pieniędzy i pracy będzie stokroć wynagrodzony; dobrze zebrana i opracowana statystyka pokieru e naszą działalnością w tę stronę, gdzie ona jest najwięcej potrzebna, ponieważ nauczy nas o rzeczywistym stanie zdrowotności, a nawet, do pewnego stopnia i o kulturalnym stanie, naszego ludu.

Niektóre postanowienia Rady gubernialnej Płockiej zasługują na obszerniejsze przytoczenie.

Zasadnicze postanowienia Rady gub., obowiązujące wszystkie obwody, odbywają się w obecności i przy berpośrednim udziale osób, najbliżej stojących do sprawy, mianowicie lekarzy obwodowych i szpitalnych, kuratorów i naczelników powiatów jako prezesów Rad powiatowych.

Oprócz tych osób w posiedzeniach Rady brali również udział osoby nie stojące bezpośrednio w związku z omawianą instytucyą, osoby, z jakiegobądź względu ciekawi rozwoju sprawy pomocy lekarskiej gminnej. Tak naprzykład, w posiedzeniu 5-go października brał czynny udział Dr. Obeznienko, który badał stan zdrowotny gub. płocklej, jako delegat Departamentu lekarskiego. W jednem z posiedzeń brał udział korespondent jednego z pism lekarskich, w innem zaś—obywatel ziemski z płockiego, który wniósł kwestyę zwiększenia ilości wyjazdów lekarza na jeden z posterunków.

Na parę tygodni przed posiedzeniem każdy z uczestników zawiadamiany jest o zbliżającym się dniu posiedzenia i proszony o przysłanie tych pytań, jakie ma zamiar wnieść na Radę. Po odebraniu

wspomnianych pytań od wszystkich życzących wnosić takowe, są one drukowane i rozsyłane do wszystkich uczestników posiedzenia, wraz z podaniem terminu posiedzenia.

Dotychczas takich posiedzeń odbyło się sześć. Posiedzenia trwały długo, niektóre od południa do północy, niektóre przez dwa dni; na nich czytane były sprawozdania z każdego obwodu. Następnie były rozstrzygane kwestye bieżące, przeważnie z wniesionych na posiedzenie przez lekarzy i Rady powiat. Dobroczynności Publicznej. Decyzye zapadały prostą większością głosów.

Na jednem z posiedzeń był obrany, większością głosów, z kilku kandydatów, lekarz na wakującą wówczas posadę lekarza obwodowego w Jednorożcu (protokół posiedzenia z dnia 7 lutego 1899 roku, art. 17); posada lekarza zapasowego ustanowiona była również na jednem z posiedzeń; wyjaśniona została kwestya urlopów lekarzy obwodowych; powiększona opłata za wyjazdy na posterunki; uregulowana ważna kwestya, jakiego rodzaju chorzy mają prawo do stałej kuracyi w lecznicach; omawiano kwestye, mające donioślejsze gospodarcze znaczenie, np. co do wydatków na utrzymanie chorych. Wszystkie postanowienia są wnoszone do protokułów, drukowanych następnie i rozsyłanych lekarzom obwodowym.

Nie potrzebuję się rozwodzić nad tem, jakie znaczenie mają wspólne posiedzenia kierowników i wykonawców samej sprawy, sprawy tak żywotnej, a tak nowej; powiem jednem słowem, że poprawę wielu stron niepraktycznych ustawy, wyjaśnienie wielu rzeczy trudno zrozumiałych, zawdzięczamy tym posiedzeniom, Pomijając to znaczenie praktyczne posiedzeń, zwracam jeszcze uwagę na ich znaczenie moralne. Przedewszystkiem, wzajemne spotkanie się kolegów, omawianie najbliższych spraw zawodowych i życiowych nie mija bez wielkiego pożytku, jak również uprzytomnienie sobie faktu, iż nie on jeden pracuje ciężko w omawianej sprawie, że również ciężko pracują jego koledzy.

Wadą tych posiedzeń jest, po pierwsze, niedostateczne opłacenie wydatków na podróż osób, wzywanych na posiedzenia, i po drugie, kwestya zastępstw lekarza obwodowego w czasie jego obecności w Płocku. Sprawa odszkodowania za wyjazdy przechodziła następne stadya. Na pierwszem posiedzeniu, w Grudniu 1898 roku ustanowiono trzy posiedzenia do roku, co 4 miesiące, z tym warunkiem, żeby lekarze przybywali na nie na własny koszt. Tak się działo w ciągu całego, roku 1899, lecz na ostatniem posiedzeniu tegoż roku, w październiku, uchwalono, by w obec braku funduszów wydatki podróżne przybywających na posiedzenie opłacane były całkowicie, ale tylko raz do roku.

W roku 1900 posiedzenie odbyło się tylko jedno, więc wydatki podróżne były zupełnie opłacone; w roku zaś bieżącym posiedzeń odbyło się dwa, z których wydatki podróżne za pierwsze posiedzenie były zwrócone; przejazd na drugie posiedzenie lekarze sami zapłacili. Niewątpliwie, że wydatki podróżne, dochodzące — dla mieszkańców krańców gubernii — powyżej 30 rubli, muszą odstraszać od przybywania na posiedzenia, skutkiem czego uie na każde posiedzenie lekarze obwodowi przybywali in corpore, okoliczność, która z łatwo zrozumiałych

powodów ujemnie wpływała na treść i jakość uchwał. Mała liczba posiedzeń w roku 1900 i 1901 była wywołana chęcią oszczędzania lekarzom wydatków.

Drugą trudnością uczestniczenia w posiedzeniu jest niejasność w sprawie zastępstwa lekarza obwodowego na czas jego nieobecności. Ze względu na to, że główne czynności lekarzy obwodowych odbywają się w pewne stałe dni tygodnia, do których nawykła ludność, nieobecność lekarza w te oznaczone dni, na oznaczonem miejscu, źle wpływa na powodzenie całej sprawy, zmniejszając zaufanie ludności do sprawności organizacyi, która naraża na próżną stratę czasu i wydatki (przejazd). W celu usunięcia tych niepożądanych skutków nieobecności lekarza, w roku 1898 uchwalono, by każda Rada Powiatowa Dobrocz. Publicz. uprosiła lekarza wolnopraktykującego, aby się podjął obowiązku zastępowania sąsiadującego z nim lekarza obwodowego na wypadek jego krótkotrwałej nieobecności, w razie choroby lub wyjazdu na posiedzenie. Takimi zastępcami, z łatwo zrozumiałych przyczyn, stali się lekarze powiatowi. Za zastępstwo są oni opłacani w sposób następujący: za wyjazdy na posterunki ambulatoryjne od dnia założenia instytucyi aż do stycznia 1900 roku po 5 rubli za każdy wyjazd furmanką wynajętą na koszt wyjeżdżającego, a od stycznia 1901 roku po rubli 6. Za przyjęcie chorych w miejscu stałego zamieszkania lekarza obwodowego do kwietnia r. b. zastępca nie pobierał żadnego wynagrodzenia, od kwietnia r. b. uchwalono płacić za taką czynność po rubli 3. Za zastępstwo w prowadzeniu czynności szpitalnych nie byli i nie są płatni.

Wynagrodzenie wysokości 5 lub 6 rubli, z czego opłacić trzeba furmankę, (tembardziej: 3 rubli) za całodzienną pracę jest bardzo małe, więc zastępcy niechętnie podejmują się wykonania włożonych na nich obowiązków, pozbawiających ich korzystniejszego zarobku z praktyki.

Przyjmując zaś takie obowiązki, nieraz dają odczuć, że robią osobistą przysługę lekarzowi obwodowemu. Taki stosunek lekarza obwodowego do zastępcy może się stać nieraz przyczyną nieporozumień. W celu ich uniknięcia lekarz obwodowy zmuszony bywa do zaniedbywania swego zdrowia; nieraz chory pełnił swe obowiązki, lub zrzekał się udziału w posiedzeniu, byle tylko uniknąć wymówek ze strony kolegi-zastępcy.

Słów kilka muszę powiedzieć o rewizyach dokonywanych przez Radę Gubarnialną w lecznicach i na posterunkach.

Dzięki sprawozdaniom piśmiennym i ustnym (na posiedzeniach) rewizye takie były bardzo rzadkie. Dla tego wizyty członków Rady Gubernialnej miały na celu głównie bliższe poznanie warunków istniejących w każdej miejscowości.

Oględziny odbywają się według z góry ułożonego planu; mocą uchwały posiedzenia z października 1899 roku wspomniany plan był rozdany każdemn lekarzowi obwodowemu i naczelnikom powiatów w tym celu, by tak jedni, jak drudzy dawali określone odpowiedzi na

wszystkie znajdujące się w tym planie zapytania. Roztrząsanie otrzymanych odpowiedzi było tematem narad następnego posiedzenia, dzięki czemu uchwalono wiele środków w celu usunięcia zanotowanych wadliwości.

Po rozpatrzeniu działalności Rady Gubernialnej skończyłem z częścią ogólną tej pracy; w dalszym ciągu ograniczę się do dziejów obwodu Ciechanowskiego

Pośrednikiem między Radą Gubernialną, a lekarzem obwodowym jest Rada powiatowa Dobrocz. Publicz., do czynności której na pierwszym planie należy pomaganie lekarzowi przy wprowadzaniu w czyn uchwał Rady Gubernialnej. Oprócz tej czynności do Rady powiatowej należy asygnowanie pieniędzy na pensye, na utrzymanie służby, chorych, kontrola podawanych rachunków, zapotrzebowań na leki, środki opatrunkowe. Lekarz z Radą powiatową porozumiewa się za pomocą korespondencyi i za pomocą posiedzeń. Posiedzenia Rady powiatowej odbywają się w ciągu roku 3 do 4 razy, noszą charakter formalny. Do pewnego czasu lekarz obwodowy na takie posiedzenia nie zawsze był zapraszany, lecz w myśl uchwały Rady Gnbernialnej z października 1899 roku jest stałym członkiem tej Rady. Do składu Rady należy również kurator obwodu.

Personel lekarski obwodn Ciechanowskiego, również jak i większości innych, składa się z trzech osób: lekarza, akuszerki i felczera. Z tych trzech osób samoistnie pracuje tylko lekarz i akuszerka, w obrębie swego zawodu. Felczerowi samodzielnie pracować nie wolno, zwiększa to pracę lekarza, ale jest rzeczą niezbędną.

W pracy lekarza obwodowego odróżnić należy cztery następujące zadania:

1) Zawiaduje szpitalem wiejskim, tak pod względem leczniczym, jak również gospodarczym.

2) Przyjmuje 2 razy w tygodniu przychodzących chorych, w szpitalu.

3) Dwa razy w tygodniu wyjeżdża na tak zwane posterunki, gdzie przyjmuje chorych przychodzących; posterunki znajdują się na przeciwległych krańcach obwodu.

4) W czasie wolnym od wyżej wymienionych zajęć wyjeżdża, jeśli jest wzywany, do chorych do domu.

Felczer obsługuje w szpitalu chorych mężczyzn; wyjeżdża na jeden z posteruków z lekarzem w celu przygotowania lekarstw i robienia prostszych opatrunków pod kierunkiem i odpowiedzialnością lekarza; pomaga podczas przyjęcia chorych w szpitalu i prowadzi drobniejszą urzędową karespondencyę.

Akuszerka, która jednocześnie pełni obowiązki felczera, obsługuje w szpitalu chore — kobiety, również wyjeżdża na jeden z posterunków z lekarzem; pomaga podczas przyjęcia chorych w szpitalu, po za tem — pod kierownictwem lekarza — prowadzi gospodarstwo szpitalne i wyjeżdża do położnic. Ten ostatni obowiązek w myśl

uchwały posiedzenia Rady Gubernialnej z lutego 1899 roku jest dla niej najważniejszy: na wezwanie powinna jechać z pominięciem innych obowiązków.

Za pełnienie wymienionych czynności personel lekarski jest uposażony w sposób następujący: Lekarz pobiera rocznie pensyi rub. 900 i na mieszkanie rub. 200; akuszerka i felczer, pierwsza rub. 360, drugi rub 240 i mieszkanie z opałem, przy szpitalu.

(d. c. n.)

O działaniu namocznem teobrominy (theobrominum purum).

Pogadanka terapeutyczna

Podał Dr. **S. Sterling.***)

Do leków namocznych uciekamy się głównie z dwu powodów: przy zmniejszonej ilości moczu —w celu odwodnienia ustroju, w celu usunięcia obrzęków; przy normalnej ilości moczu—w celu zwiększenia jego ilości po nad normę, chcąc przepłukać drogi moczowe lub chcąc usunąć z ustroju znaczniejsze ilości wytworów przemiany materyi.

Środki namoczne podzielić można na: n a b ł o n k o w e i m e c h a n i c z n e; trzeci rodzaj stanowią leki namoczne w o d n e, łączące działanie mechaniczne z nabłonkowem.

Ten podział leków namocznych odpowiada dwu głównym czynnikom fizyologii wydzielania moczu. Albowiem ilość jego, jak wiemy, zależy od s t a n u n a b ł o n k a n e r k o w e g o i od s z y b k o ś c i, z j a k ą k r e w p r z e z n e r k i p r z e p ł y w a.

Co się tyczy n a b ł o n k a kłębków i cewek nerkowych, to stanowi on tę tkankę nerek, która bierze czynny udział w wytwarzaniu moczu ze krwi. Wszelkie schorzenia tego nabłonka, o ile zajmują dosyć dużą powierzchnię — zmniejszają ilość wydzielanego moczu.

Więcej jest złożony wpływ p r ą d u k r w i na ilość wydzielanego moczu. Ta ostatnia zależy bowiem nietylko od szybkości prądu krwi, lecz i od różnicy w ciśnieniu panującem w tętnicy nerkowej i w cewkach nerkowych: im większa jest ta różnica, tem więcej — caeteris paribus — wydziela się moczu.

Że ilość moczu zależy od szybkości prądu krwi, jest rzeczą łatwo zrozumiałą; nabłonek nerkowy musi mieć dostarczane coraz to nowe

*) Podług wykładu w Tow. Lek. Łódzk. 20 XI. 01.

porcye krwi do przeróbki, by mógł wytwarzać normalne ilości moczu. Z chwilą, gdy w jednostkę czasu mniej krwi przez tętnicę nerkową przepływa — ilość moczu się zmniejsza.

Z różnych powodów zmniejsza się ilość krwi w tętnicy nerkowej. Przedewszystkiem ilość krwi w tej tętnicy jest mniejsza wtedy, kiedy wszystkie tętnice mało krwi zawierają, a mianowicie — z powodu osłabienia serca, kiedy krwią jest przepełniony układ żylny. Naturalnie, nawet przy dobrze krwią wypełnionych tętnicach ciała — mało krwi zawiera tętnica nerkowa o świetle zwężonem, np. dzięki miażdżycy w tem naczyniu silnie wyrażonej*).

Szybkość prądu krwi w układzie tętniczym zależy od ciśnienia: spadek ciśnienia, zwykły skutek osłabienia siły skurczowej serca lub naczynio-ruchowego porażenia tętnic, zwalnia obieg krwi w całym ustroju, a więc i w tętnicy nerkowej. Natomiast wzrost ciśnienia w tętnicach ciała (np. przy skurczu naczyń skóry pod wpływem zimna) połączony jest stale, u ludzi zdrowych, z powiększoną diurezą. Toż samo widzimy i u chorych nerkowych, przy zapaleniach przewlekłych, w których ciśnienie tętnicze jest stale wzmożone — o ile jednocześnie nie jest zwężone światło tętnicy nerkowej (no i — rzecz prosta—o ile dostatecznie duża powierzchnia nabłonka nerkowego jest zdolna do czynności).

Ale na ilość krwi wpływa nie tylko jej do nerek dopływ; musi ona, przez nabłonek wyzyskana, co prędzej odpływać, w przeciwnym razie tylko tamuje dostęp nowej fali krwi świeżej. Dla tego wszelkie przeszkody w krążeniu żylnem nerki odbijają się na ilości moczu. Ogólna zastoina w żyłach ciala (z powodu osłabienia prawej komory serca lub z powodu osłabienia przysysającej siły ruchów oddychowych), zarówno jak i miejscowy zakrzep w żyle głównej dolnej, zakrzep w żyle nerkowej, ucisk na tę żyłę, jej żylaki — utrudniając odpływ krwi z żyły nerkowej, zmniejszają diurezę.

Jak już wspominałem, ilość wydzielanego moczu zależy też od różnicy w ciśnieniu, jakie panuje z jednej strony w tętnicy nerkowej, a z drugiej — w cewkach nerkowych. Wszystkie warunki podnoszące ciśnienie krwi w tętnicach (silne serce, skurcz naczyń) — dając przewagę ciśnieniu tętniczemu nad ciśnieniem cewkowem, zwiększają ilość moczu. Natomiast wszystko co utrudnia odpływ moczu z cewek nerkowych — zwiększa ciśnienie w tych ostatnich, czyli zmniejsza różnicę między tem ciśnieniem a ciśnieniem w tętnicy nerkowej. Dla tego przeszkody w wydalaniu moczu stają się przeszkodami do jego wydzielania; zatkanie kanalików nerkowych przez złuszczony nabłonek lub cylindry, zarówno jak złogi, nowotwory, blizny, ucisk z zewnątrz na drogi wyprowadzające mocz — zmniejszają samą czynność wytwarzania moczu.

*) Jeżeli — przeciwnie — światło tętnicy nerkowej jest silnie rozszerzone, t. j. ona na raz dużo krwi zawiera, natenczas mamy poliuryę. Takie silniejsze, aniżeli innych tętnic, rozszerzenie tętnicy nerkowej zdarza się jednak bardzo rzadko. W ten sposób, jak się zdaje, powstaje poliurya przy moczówce prostej, mianowicie dzięki porażeniu nerwów naczynioruchowych nerki.

Krótkie to przypomnienie warunków, od których zależy diureza, pozwala nam na taki podział leków namocznych, o jakim wspominaliśmy; pędzić mocz możemy: albo poprawiając hydrauliczną dynamikę krwi, by dostarczyć nerkom dostateczną jej ilość do przerobienia na mocz; albo pobudzając do wzmożonej pracy czynne elementy nerek, t. j. nabłonek; albo — wreszcie — działając jednocześnie w obydwu kierunkach.

Dodam nawiasem, że dostarczając nerkom krew, czynimy zadość i drugiemu wskazaniu, albowiem normalne składowe części krwi, mianowicie mocznik i kw. moczowy, stanowią ten fizyologiczny bodziec, który w warunkach zwykłych zadrażnia wydzielnicze zdolności nabłonka nerkowego.

Prototyp mechanicznego leku namocznego mamy w naparstnicy. U ludzi zdrowych naparstnica zwiększonej diurezy nie wywoła*), bo wtedy nie ma do pokonania tego wadliwego rozmieszczenia krwi, które trzeba by było mechanicznie inaczej rozlokować. Niczem bowiem innem nie są zaburzenia w krążeniu, jak nieprawidłowem rozmieszczeniem krwi w różnych narządach, zależnem albo od osłabienia serca (osłabienia bezwzględnego lub w stosunku do przeszkód, jakie ma pokonać), albo od porażenia naczynio-ruchowego tętnic. Widzimy wtedy przepełnienie jednej części układu tętniczego przy pustce w drugiej (np. przepełnienie tętnic jamy brzusznej przy anemii mózgu i skóry**) lub przepełnienie żył przy pustce w tętnicach.)

Naparstnica (i środki tej samej grupy) potęguje skurcz i rozkurcz serca; lewa komora przy skurczu doskonale się opróżnia, prawa zaś przy rozkurczu doskonale się napełnia; jednocześnie wzrasta napięcie tętnic, ponieważ naparstnica zadrażnia nerwy naczynio-ruchowe. Taka mechaniczna pomoc stawia nerki w warunki pożądane: szybkość obiegu krwi wzrasta, a ciśnienie tętnic znów o wiele przerasta ciśnienie w cewkach nerkowych.

Azotony mają wywoływać paralityczne rozszerzenie tętnic nerkowych, t. j. wywoływać warunki, o których wspominałem, mówiąc o przyczynie poliuryi przy moczówce prostej***)

Czasowo podnieść możemy diurezę, przy wydolnych narządach krążenia i wydzielania, tworząc sztuczną plethoram vascularem, przepełniając naczynia. Czynimy to za pomocą podawania dużych ilości

---

*) Dzięki skurczowi naczyń nerkowych wywołuje raczej czasową oliguryę.

**) Znana bladość chorych nerkowych od tego właśnie zależy.

***) Jeśli zmniejszona ilość moczu zależy od wzrostu ciśnienia w cewkach nerkowych z powodu ucisku na drogi moczowe ze strony np. płynu puchliny brzusznej — wypuszczenie części tego płynu mechanicznie dopomaga, przy diurezie. Również mechanicznie wpływamy na powiększenie diurezy, usuwając przekrwienie żylne w jamie brzusznej i miednicy — a więc: podając środek przeczyszczający, stosując mięsienie brzucha, stawiając bańki na okolicę lędźwiową, lub—przy ogólnym zastoju żylnym—stosując upust krwi. Uwalniając serce od ucisku wywieranego nań przez płyn zebrany w opłucnej lub osierdziu — również mechanicznie dopomagamy diurezie; toż samo powiedzieć należy o mechanicznem usunięciu puchliny wodnej z innych okolic ciała, dzięki czemu zmniejszamy pracę serca.

płynu. Zwiększona ilość krwi podnosi ciśnienie tętnicze i diurezę; jeśli w podawanym płynie są rozpuszczone materye mające zdolność pobudzania działalności nabłonka nerkowego, natenczas te środki namoczne wodne łączą w sobie własności diuretyków mechanicznych i nabłonkowych. Tak właśnie działają liczne wody mineralne, tak działa i mleko dzięki rozpuszczonej w nim laktozie, tą też drogą działają różne species diureticae; niemałe działanie mają z tego właśnie powodu pokarmy roślinne, zawierające dużo soli i wody. Diuretyki solne mają przytem — podobno — odwadniać tkanki, zabierając z sobą wodę, niezbędną do ich rozpuszczenia..

Ostatnia kategorya środków namocznych działa bez udziału układu naczyniowego (lub: z niewielkim udziałem tego układu), podniecając zdolność wydzielniczą nabłonka cewek nerkowych. Są to środki namoczne sensu strictu, ponieważ zwiększają ilość tej wydzieliny nawet u zrowych. Zaliczamy tu mocznik (którego ilość we krwi zwiększają małe dawki kalomelu), terpentynę, jałowiec. kopaiwę, octan potasu, koffeinę (?), diuretynę i t e o b r o m i n ę.

Nie jest t e o b r o m i n a środkiem w terapii nowym; pierwsze próby jej stosowania leczniczego sięgają roku 1887-go. Gdy jednak w Niemczech zupełnie zaniechano stosowania tego środka („W terapii nie używa się teobrominy". Encyklopedya Eutenburga. Tom 24. Rok 1900 str. 246), we Francyi lek ten jest w powszechnem użyciu.

Nieliczne, ale bardzo przekonywające, osobiste moje spostrzeżenia upoważniają mnie do polecenia tego leku w przypadkach, gdzie jest wskazane użycie środka namocznego nabłonkowego.

Teobromina jest bezbarwnym proszkiem krystalicznym, bardzo trudno rozpuszczalnym nawet w gorącej wodzie. Z żołądka zupełnie się wsysa, o ile znajduje tam dostateczną ilość płynu do rozpuszczenia się.

Jej działanie moczopędne stwierdzono już oddawna; jeśli ją w terapii początkowo zarzucono, to dla tego, że jest trudno rozpuszczalna, że niekiedy sprowadza objawy uboczne, głównie w postaci bólu głowy; że — co najważniejsza — znaleziono przetwór pochodny, diuretynę (theobrominum natrio-salicylicum) łatwo się rozpuszczającą w wodzie, mającą, jak chcą badacze niemieccy, to samo działanie, co i trudno rozpuszczalna teobromina.

Wartość lecznicza diuretyny nie ulega dziś zaprzeczeniu; niewątpliwie jest to jeden z najlepszych znanych nam obecnie środków namocznych nabłonkowych; jakkolwiek powoduje niekiedy objawy uboczne w postaci zaburzeń żołądkowych, kiszkowych, bólu głowy i innych, oddaje bardzo często znakomite usługi lecznicze.

Że jednak jej działanie niezupełnie zastępuje działanie teobrominy czystej — twierdzę stanowczo, ponieważ w kilku przypadkach, gdzie diuretyna nic zdziałać nie mogła, teobromina wywołała wybitną diurezę.

Przeciw diuretynie podnoszą zasadnicze zarzuty tacy np. klinicyści, jak Huchard (Podręcznik chorób serca. Wydanie 3.). „Diuretyna

(mieszanina salicylanu sodowego i teobrominy) powinna być wyrzucona z terapii, pomimo swej rozpuszczalności, ponieważ jest tylko 18-procentowym roztworem teobrominy w 4 procentowej sodzie gryzącej, do której dodano 16% salicylanu sodu". Ta obecność sody gryzącej jest dla zdrowia groźną przy dłuższem używaniu diuretyny, ona sprowadza zaburzenia żołądkowe i kiszkowe, ona też jest przyczyną innych objawów ubocznych, jakkolwiek rzadkich, ale wprost niebezpiecznych (tachycardia, niemiarowość tętna, sinica).

Co się tyczy teobrominy, to jedynym objawem ubocznym bywa po niej ból głowy, przy podawaniu wielkich dawek. I ten objaw można usunąć, jak chcą Francuzi, stosując czyste preparaty teobrominy; tylko bowiem gorsze gatunki, zanieczyszczone, mają wywoływać wspomniany objaw uboczuy (jakkolwiek zdarzają się osobniki wrażliwe i na zupełnie dobry przetwór i na średnie dawki).

Dawka dzienna teobrominy zależy od celu, w jakim ją stosujemy. Jeśli chodzi o działanie namoczne w celu odwodnienia ustroju, natenczas podajemy po 0,3 — 0,5 parę razy dziennie (aż do 3,0 pro die), w opłatku; zapijać dużą ilością płynu, najlepiej jaką wodę alkaliczną. Kiedy te dawki wywołują ból głowy, należy po paru dniach próbować dawek bardzo małych po 0,1 — 0,2 dziennie. W tych razach wyjątkowej wrażliwości na ten przetwór i te małe dawki sprowadzają, podobno, wyraźne działanie namoczne. Jeśli chodzi o powiększenie normalnej ilości moczu (nap. przy złogach w nerkach), natenczas podajemy raz na dzień, naczczo, jednę dawkę wyżej oznaczoną, każąc popić szklanką wody alkalicznej. Ponieważ w większości przypadków chorobowych mamy do czynienia z obrzękami pochodzenia mieszanego, gdzie w grę wchodzą przyczyny zarówno mechaniczne, jak i zależne od upośledzenia czynności nabłonka nerkowego, więc nieraz wypada kojarzyć teobrominę ze środkami namocznymi mechanicznymi, albo też (jak radzi Huchard) dawać je na przemian z teobrominą.

Działanie teobrominy zależy od stann nabłonka nerkowego; nie wywoła ona diurezy tam, gdzie nie ma już dostatecznej powierzchni wydzielniczej zdrowej; nie należy jej podawać wtedy, gdy raczej oszczędzać należy nabłonek nerkowy, np. przy ostrem zapaleniu nerek; nie należy też zbyt długo podawać tego środka, ponieważ wtedy możemy wywołać przedrażnienie nabłonka*); nie możemy żądać działania moczopędnego od teobrominy tam, gdzie wprost brak materyału do tworzenia moczu, np. kiedy do tętnicy nerkowej przypływa zbyt mało krwi lub krew z niej zbyt wolno odpływa; w takich razach teobromina zacznie działać dopiero wtedy, kiedy środek namoczny mechaniczny poprawi krążenie nerkowe.

Przy wydolnym nabłonku nerkowym teobromina jest lekiem namocznym bardzo pożytecznym; więc nap. przy cierpieniach serca, przy których nabłonek nerkowy funkcyonuje zupełnie dobrze lub prawie dobrze.

---

*) I diuretyna po paru dniach działania zazwyczaj traci, na jakiś czas, swe zdolności namoczne.

Szczególny nacisk chcę tu położyć na stosowanie tego leku w przypadkach, w których dotąd, chcąc wywołać diurezę, używamy wyłącznie środków namocznych wodnych. Mianowicie mówię tu o chorobach przemiany materyi, głównie o tak zw. skazie moczanowej. W tych razach teobromina jest wybornym lekiem pomocniczym, zwłaszcza tam, gdzie z jakichbądź powodów unikamy podawania znaczniejszych ilości płynu (ze względu na ogólne otłuszczenie, na stan mięśnia sercowego.)

Kilka jeszcze słów dodać muszę o cenie teobrominy. Podług „Taksy aptekarskiej" (wydanie z r. 1898) 1,0 gram teobrominy kosztuje $31^1/_2$ kop.; 1,0 gram diuretyny — $21^1/_2$; ponieważ dawka teobrominy jest — przeciętnie — o połowę mniejsza, aniżeli dawka dzienna diuretyny, więc leczenie teobrominą byłoby tańsze, aniżeli diuretyną.

Dzieje się jednak inaczej. Diuretynę obliczają, dzięki konkurencyi, apteki o wiele taniej, aniżeli na to pozwala taksa; natomiast za rzadko przepisywaną teobrominę, ponieważ tu jeszcze konkurencya nie zdołała swego wpływu wywrzeć, apteki pobierają całą cenę — podług taksy. Cenniki składów aptecznych podają: za 25,0 gramów diuretyny — rubli 1,05 (1,0 gr. = 4 kop.); za 10,0 gramów teobrominy — rubli 0,80 (1,0 gr. = 8 kop. Wobec tych cen składowych można się spodziewać, że i teobromina w sprzedaży aptecznej będzie obliczana taniej, aniżeli w taksie.

Informacya w sprawie babek wiejskich.

Podał Dr. A. Rząd.

W ciężkich warunkach praktyki prowincyonalnej niezmiernie ważną rzeczą dla lekarza jest wyrobienie sobie personelu pomocniczego. Wiemy o tem, że najlepsze w tym kierunku chęci mogą uledz wypaczeniu, że nieraz podręczny pomocnik przemienia się we wroga nieuznającego żadnej powagi lekarskiej, że najluźniejsze nawet stosunki z wiedzą lekarską dają wielu osobistościom w ręce środki do wyzyskiwania ciemnoty ludzkiej, do nadużyć. Pomimo to jednak wiemy, iż wytrwała systematyczna praca pionierów medycyny prowincyonalnej, praca ożywiona miłością bliźniego, wiarą w wyższość oświaty nad ciemnotą, myśl o ewentualnej przyszłej lepszej doli naszych następców —mogą zmienić na korzyść dzisiejsze stosunki. Do takiej pracy powinien nas zagrzać widok codziennych nieszczęść spowodowanych nieumiejętnością dzisiejszych babek wiejskich, tembardziej, że złemu choć w pewnej mierze zaradzić nie jest znów tak trudną rzeczą. Trzeba tylko samemu mieć i między ludźmi szerzyć przekonanie, iż nauka babczenia" nie przedstawia trudności nawet dla ludzi niezamożnych, że zdobycie tej nauki opłaca się stokrotnie, trzeba—wreszcie—umieć szukać kobiet, któreby ku niesieniu pomocy przy porodach miały upodobanie.

Kursa dla babek wiejskich, jak wiadomo, są urządzone przy szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie i trwają po 4 miesiące (od 14 I, — 14, V; od 14, V — 14, IX i od IX — 14, I.). Z nauki korzystać mogą kobiety wiejskie w wieku od 25 do 40 lat. Wprawdzie część kobiet może korzystać z nauki bezpłatnie, jednak większość musi płacić za kurs nauki z utrzymaniem, mieszkaniem i t. d. rubli 30. Podanie, jak również przytoczone niżej śwtadectwa (po rosyjsku, na zwykłym papierze, bez marek), wysyła się pocztą w kopercie poleconej na imię kuratora szpitala Dzieciątka Jezus. Rzecz prosta, w obec znacznej ilości kandydatek jest rzeczą pożądaną przy sposobności sprawę poprzeć, co każdy z nas uczynić może osobiście, lub przez kolegów w Warszawie zamieszkałych.

Dla ułatwienia podajemy za Gazetą Świąteczną wzory potrzebnych świadectw.

Protokół.

W dniu... miesiącu... roku... stawiła się w zarządzie gminy... stała mieszkanka wsi..., powiatu..., gubernii... (tu należy wymienić jej imię i uazwisko oraz imię jej ojca), mieszkająca we wsi..., gminie..., i wyraziła chęć kształcenia się w szkole babek wiejskich, znajdującej się przy szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie, kosztem (własnym lub skarbu), prosząc jednocześnie o wydanie jej świadectwa z wymienieniem wszelkich potrzebnych danych... (Imię i nazwisko) zobowiązała się po skończeniu nauki mieszkać w gminie tutejszej w ciągu trzech lat.

(Podpis kobiety chcącej się uczyć).

Świadectwo wójta.

Ja, wójt gminy..., z uwagi na brak w gminie tutejszej babek wiejskich, popotrzebnych do niesienia pomocy położnicom, oraz z uwagi oraz na życzenie i zobowiązanie (imię i nazwisko), zgodnie z rozporządzeniem b. Komisyi rządowej spraw wewnętrznych i duchownych z dnia 24 (12) sierpnia 1859 roku za № 3743/29060 zaświadczam, że powyższa... (imię i nazwisko) zapisana jest do ksiąg ludności stałej wsi... gminy... pod № na stronicy..., ma lat..., wyznania..., (tu należy wymienić, czy jest panną, czy też mężatką lub wdową, i jak mężowi jest lub było na imię), jest sprawowania dobrego. W powierzonej mi gminie przy ludności... (podać liczbę) babek wiejskich jest.. wobec tego wszystkiego... (imię i nazwisko) zasługuje na przyjęcie do szkoły babek wiejskich na koszt (własny lub rządu), co stwierdzam podpisem i pieczęcią urzędową.

...(Wieś) dnia... miesiąca... roku...
Wójt gminy...
(miejsce na pieczęć).
Pisarz gminy...

Świadectwo lekarza powiatowego.

Ja N..., lekarz powiatu..., zaświadczam, że... niema żadnych braków cielesnych, które mogłyby być szkodliwe przy pełnieniu obowiązków babki wiejskiej, jest pojętna i zupełnie odpowiednia do takiego zajęcia, wzrok i słuch ma dobry. Skutkiem tego nie znajduję żadnych przeszkód do wstąpienia... do szkoły babek wiejskich, co stwierdzam własnoręcznym podpisem i pieczęcią urzędową.

Podanie.

Do Jaśnie Wielmożnego Pana Kuratora szitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Załączając przy niniejszem wszystkie wymagane świadectwa, upraszam Jaśnie Wielmożnego Pana Kuratora o przyjęcie mnie do szkoły babek wiejskich przy szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie na koszt rządu (lub własny).

(podpis).

Towarzystwa Lekarskie prowincyonalne.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Posiedzenie z dnia 6 Listopada 1901 r.

1) Kol. Likiernik pokazał lupę binokularną Bergere'a, składającą się z dwóch soczewek skierowanych do siebie pod kątem. Lupa ta może być pożyteczna dla okulistów, a także może być stosowana w zegarmistrzowstwie, gdyż mniej niszczy oczy, aniżeli zwykła lupa monokularna.

2) Tenże przedstawił mężczyznę, którego przed trzema tygodniami z powodu zaćmy starczej operował z pomyślnym wynikiem.

3) Kol. Kaufman mówił o „Colpoaporrhexis". Opisawszy etyologię i leczenie tego cierpienia, przytoczył kilka własnych spostrzeżeń.

4) Kol. Pański: Przypadek rozsianego ostrego zapalenia rdzenia (Myelitis disseminata acuta. Encephalomyelitis po zaczadzeniu, zakończony wyzdrowieniem.) Dorożkarz, 28 l., uległ zaczadzeniu wraz z żoną i dzieckiem (żona wyzdrowiała po kilku dniach; dziecko zaczadziało na śmierć). Chory nieprzytomny, w ciągłej śpiączce; twarz silnie zaczerwieniona; na lędźwiowej części kręgosłupa i pośladkach zgorzel, na łydce i goleni pęcherzyki z surowiczym płynem. Ciepł. 38°. W moczu ślady białka. Mowa powolna, dyzartryczna. Porażenie kończyn dolnych, na których czucie skórne nieco zmniejszone. Odruchy kolanowe silnie wzmożone, słaby podeszwowy z lewej strony. Mimowolne oddawanie kału i moczu. Chory jest apatyczny i przygnębiony. Amnésie retrograde.

Po dwóch tygodniach czucie prawidłowe. Po miesiącu możność wykonania niektórych ruchów kończynami dolnemi. Po 6 tygodniach chory podtrzymywany stawia pierwsze kroki; odleżyny i pęcherzyki na udzie goją się; mocz utrzymuje się w pęcherzu dowolnie; mowa jeszcze powolna; dysarthria ustąpiła zupełnie. Po 3 miesiącach chory wypisał się ze szpitala prawie zdrów; tylko po dłuższem chodzeniu występuje zmęczenie, a zdolności umysłowe jeszcze nieco upośledzone. Po 5 miesiącach ponowne badanie wykazało tylko wzmożone odruchy kolanowe i niezupełnie zadawalniający stan psychiczny (apatya).

Za przyczynę uważać należy zaczadzenie, czyli zatrucie tlenkiem węgla, ponieważ: a) zagorzeniu uległy wszystkie osoby, z opisywanym chorym razem w pokoju będące; b) nic nie wskazywało na inne otrucie; c) nie można było stwierdzić żadnej innej przyczyny, która by podobne cierpie-

nie wywołała (choroba zakaźna); wreszcie, wywiady i inne drobne objawy (odleżyny, podniesiona Tr.) stwierdzały fakt zagorzenia.

Rozpoznanie było nietrudne: ostry początek cierpienia i szybki rozwój choroby, której objawami były spastyczne, niezanikowe porażenia kończyn dolnych, porażenie pęchera i odbytnicy, zaburzenia naczynio-ruchowe i odżywcze, śpiączka, dysarthia, amnezya, skłaniały do rozpoznania ostrej sprawy mózgowo-rdzeniowej (Encephalomyelitis) przy przewadze objawów ostrego zapalenia rdzenia (Myelitis disseminata acuta), zwłaszcza, że cierpienie rozwinęło się bezpośrednio po zatruciu, że nastąpiło szybkie wyzdrowienie, że byliśmy w stanie wykluczyć wszelkie inne cierpienia, powstające wskutek przyczyn analogicznych i mające podobne objawy (rozsiane zapalenie nerwów, przymiot mózgowo-nerwowy i haematomylia). Do ogłoszenia tej pracy skłoniła między innemi i ta okoliczność, iż w dostępnej literaturze nie znalazł autor ani jednego opisu przypadku Encephalomyelitis po zagorzeniu.

5) Kol. Przedborski pokazał 3 guzy, które brały początek w górnej trzeciej części prawego łuku podniebienio-gardzielowego i które były opatrzone długą szypułą. Guzy przy pierwszem badaniu, dokonanem kilka tygodni wcześniej, były wielkości orzecha laskowego, w czasie zaś operacyi dwa z nich ciemno-sine dosięgały wielkości jaja gołębiego; powierzchnia jednego guza przedstawiała nadżarcie i silnie krwawiła.

6) Kol. Goldman pokazał preparrat raka trzonu macicy, wyłuszczonego przez kol. Saksa.

Towarzystwo Lekarskie Częstochowskie

Posiedzenie z dnia 29 Października 1901 r.

1) Kol. Biegański wypowiedział odczyt z powodu 80 letniej rocznicy urodzin Virchowa. Rzecz ta drukowaną jest w Nowinach lekarskich in extenso, powtarzać więc tu jej nie będziemy; zaznaczymy tylko, że, rozbierając krytycznie całą działalność naukową Virchowa, wbrew ogólnemu twierdzeniu prelegent udawadnia, że mylnie przypisują mu wprowadzenie do nauki lekarskiej dwóch doniosłych reform: a) metody ścisłego badania; b) ustalenia lokalizacyi chorób. W obudwu tych kierunkach miał on poprzedników, tylko luźne ich prace, monografie, Virchow umiejętnie złączył w jednę całość, usystematyzował, wprowadzał do tego materyału jednolitość i nomenklaturę; wiele z jego teoryi upadło nawet. Najważniejszemi jego zdobyczami są odkrycia nowych procesów patologicznych, jak: zakrzep, zator, leucaemia i t. d.

2) Dentysta pan Gelbard odczytał pracę pod tytułem: „Wyniki badań zębów u młodzieży szkolnej". Przed-

stawiają się one w ten sposób, że autor znalazł próchnicy pomiędzy stałymi zębami 7,7%, — pomiędzy mlecznymi 36%. Największą odsetkę próchnicy dała klasa wstępna i 7-a bo 100%. Wcelach zapobiegawczych proponuje prelegent płukanie i mycie szczoteczką zębów przed udaniem się na spoczynek — radzi wcześnie plombować zęby—a mleczne zachowywać jak można najdłużej. Do czyszczenia zębów zaleca się: czysta woda, kreda lub soda.

W dyskusyi brali udział koledzy — Marczewski, Pasierbiński, Sękowski, Pisarzewski, Brzozowski, Levy, Batawia. Biegański.

3) Kol. Pisarzewski przedstawił niedawno narodzoną dziewczynkę ze zlepem warg małych (conglutinatio.)

4) Kol. Pisarzewski wygłosił rzecz: „O jednym z najwcześniejszych objawów przymiotu mózgu"—na zasadzie 2 spostrzeganych przez siebie przypadków. Objawem takim, wedle Czyża, jest stwardnienie paciorkowate tętnicy skroniowej, przeważnie lewej, w jej części leżącej na granicy uwłosienia głowy. W pierwszym przypadku przed wystąpieniem różyczki zjawiły się bóle głowy i omawiane stwardnienie. W drugim—przed zjawieniem się zwykłych ogólnych objawów przymiotu, wystąpiły ciężkie zmiany w mózgu (porażenie prawych kończyn i niemota) i wątrobie (żółtaczka), jednocześnie ze stwardnieniem tętnicy skroniowej.

Kol. Wrześniowski zauważył, że zmiany w naczyniach należą do późniejszych form przymiotu.

Kol. Rosenfeld przypuszcza, że wczesne objawy mózgowe przymiotu, jak newralgja, zawroty, bóle głowy mogą zależeć nie od stwardnienia tętnic, ale np. od działania toksyn syfilitycznych. Zmiany anatomiczne w naczyniach są późniejszemi, a paciorkowate zgrubienie tętnic jest także właściwem miazdżycy i niemożna klinicznie wykazać różnicy pomiędzy tą ostatnią, a stwardnieniem naczyń przymiotowem. Wątpliwe przypadki rozstrzyga badanie dna oka.

Kol. Marczewski, przeciwnie, jest zdania, że obie te sprawy o tyle są charakterystyczne i różne, iż odróżnić się dają. Co się tyczy wczesnego rozpoznania przymiotu mózgu ze zmian w siatkówce, to retinitis proliferans jest sprawą niezwykle rzadką. Częściej porażonym bywa nie abducens lub occulomotorius, ale najczęściej zmianom przymiotowym podlega błona naczyniowa.

Kol. Sękowski zauważył, że objawy mózgowe mogą dać zmiany w tętnicy szyjowej wewnętrznej lub kręgowej, jako naczyń doprowadzających krew do mózgowia; tętnica skroniowa przeto, niedoprowadzając krwi do mózgu, następstw takich wywołać niemoże.

Kol. Olszewski wspólnie z kol. Żołędziowskim obserwowali wczesne zmiany w naczyniach.

Kol. Batawia jest zdania, że niewłaściwem jest rozpoznawać przymiot ze stwardnienia tętnic.

Kol. Biegański zwraca uwagę, że objaw Czyża wtedy dopiero mógłby posiadać znaczenie rozpoznawcze, jeżeli znaliśmy poprzednio osobnika, że wolnym był od stwardnienia tętnic skroniowych przed zarażeniem się przymiotem, tem bardziej, że te stwardnienia znajdujemy w młodym stosunkowo wieku skutkiem zatrucia nikotyną lub wyskokiem, a rozróżnić je od przymiotowych rzeczą jest niełatwą, jeżeli nie niemożebną. Kol. B. jest zdania, że objaw Czyża poważniejszego znaczenia mieć niemoże.

5) Kol. Żołędziowski przedstawił chorego cum Paralisi progressiva.

Towarzystwo Lekarskie Mińskie.

Posiedzenia z dnia 24 Maja i 29 Października 1901 r.

Obadwa posiedzenia wypełnił odczyt Dr. M. Polack'a: „Notatki z praktyki akuszeryjnej lekarza wolnopraktykującego". Zgrupowawszy materyał swój podług objawów klinicznych i zabiegów operacyjnych, prelegent zatrzymuje się dłużej na przypadkach rzadszych (naprz. zachowanie się przy całkowitem przyrośnięciu łożyska, etc.), szczerze się przyznaje do tych, które się zakończyły niepomyślnie, by postępowanie swoje poddać pod dyskusyę kolegów; wykład przeplatany jest barwnym opisem otoczenia i warunków, wśród których wypada akuszerowi pracować, zwłaszcza w praktyce wiejskiej; z opisu tego przegląda ponury obraz stanu kulturalnego ludu miejscowego. Odczyt żywo zainteresował słuchaczy, rzucił bowiem światło na stan pomocy akuszeryjnejw naszym kraju.

Na posiedzeniu 29 Października (dorocznem) dokonano wyborów zarządu (prezes: Dr. Janowski, wice-prezes: Dr. Lunz, sekretarze: Dr. Offenberg i Kamiński, bibliotekarz: Dr. Szabad, skarbnik: Dr Berland); odczytano sprawozdania z działalności towarzystwa, stanu kasy i biblioteki.

Towarzystwo liczy członków czynnych 55, członków honorowych 17 (w kraju i zagranicą), członków korespondentów 12; posiedzeń odbyło się 7.

Posiedzenie z dnia 15 Listopada 1901 r.

1. Poparto projekt kol. Fiedorowicza zwołania zjazdu prowincyonalnego lekarzy gub. Minskiej; cel zjazdu — poznanie stanu sanitarnego gubernii; stan pomocy lekarskiej; zebranie opinii lekarzy o chorobach, właściwych temu krajowi (Plica polonica, etc.) Wybrano komisyę pod przewodnictwem inicyatora.

2. Dr. Gracyanow wygłosił odczyt p. t. „Syfilis z punktu widzenia hygieny społecznej". Prelegent nadaje tej chorobie szersze znaczenie społeczne, prowadzi ona bowiem do wyradzania pokolenia, zrodzonego z rodziców syfilityków; ztąd obowiązek hygieny zajęcia się tym przedmiotem i powzięcia skuteczniejszej walki z chorobą. Praca w tym kierunku powinna przejść z urzędowych „komitetów obrony zdrowia publicznego" i policyi, — na instytucye samorządu miejskiego i wiejskiego. Oprócz tego prelegent żąda jeszcze, by przymiot i rzeżączka wykluczone były z działu chorób „wenerycznych" (szerzą się one bowiem bardzo często drogą niepłciową) i żeby usunięto zupełnie terminy „zła, brzydka choroba" ponieważ to powiększa wstyd i powstrzymuje chorych od leczenia się.

W dyskusyi kol. Kamiński radzi dla skutecznej walki z przymiotem dążyć do podniesienia oświaty ludowej, by każdy sam umiał się strzedz choroby. Kol. Offenberg uważa, że głównem źródłem przymiotu jest *prostytucya*, na nią więc hygiena powinna zwrócić swą uwagę, nie w kierunku jednak uporządkowania nadzoru sanitarnego nad prostytutkami, który nie prowadzi do celu (nie zapobiega

chorobom wenerycznem), lecz w celu wykazania przed społeczeństwem całej szkodliwości prostytucyi dla obyczajów i zdrowia ludności; hygiena powinna nawoływać ogół do podjęcia walki z tem złem społecznem, zamiast być nadal protektorką prostytucyi.

Kol. Gracyanow odpowiada, że chodziło mu głównie o wykazanie, że instytucye publiczne potrafią skuteczniej prowadzić walkę z przymiotem, niż komitety urzędowe.

Zebranie postanowiło przesłać postulaty prelegenta do dyskusyi na VIII Zjeździe lekarzy im. Pirogowa.

REFERATY

Dr. Julian Marcuse **Opaska Priessnitza; jej kliniczne i lecznicze znaczenie.** Lubo od czasu badań Winternitz'a hydroterapia nabrała równych praw w szeregu innych środków leczniczych, jednak daleko jeszcze do dokładnej znajomości zabiegów wodoleczniczych przez ogół lekarzy. I dziś jeszcze woda — to macoszyne dziecko w porównaniu z innymi czynnikami leczniczymi, i dziś cieszy się ona mniejszymi względami, niż na to ze wszech miar zasługuje. Wina tego, pomijając cały szereg innych przyczyn, leży w małej znajomości przez lekarzy metodyki hydriatycznej. Wyjątek jedynie stanowi opaska Priessnitz'a, która zawojowała sobie szeroki teren nawet tam, gdzie istny wodowstręt panuje. Nie zapominając bynajmniej znakomitych własności tego zabiegu, nie możemy zamilczeć, że stosowanie bez miary opaski Priessnitz'a doprowadziło do szkodliwego szematyzmu, tudzież nie mniej zgubnego zaniedbania innych niemniej cennych zabiegów hydriatycznych. Wobec tego będzie na czasie dokładny opis istoty działania, wreszcie sposobów stosowania opaski.

Jak wiadomo, opaska Priessnitza składa się z kawałka płótna zwilżonego w wodze odpowiedniej temperatury, — raz mniej to znowu więcej wyciśniętego; płótno to nakłada się na daną okolicę ciała i przykrywa się czemś suchem.

Odróżniamy opaski zimne i podniecające: pierwsze należy zmieniać często lub też urządzać w ten sposób, by przez czas dłuższy można było pożądaną temperaturę utrzymać. Opaska podniecająca składa się z dobrze wyciśniętego płótna, które szczelnie przykrywamy suchą materyą i pozostawiamy bądź do zupełnego rozgrzania się, bądź do wyschnięcia.

Właściwie mówiąc, tylko ostatni zabieg stanowi typową opaskę Priessnitz'a.

Tak zimna jak i podniecająca opaski przedstawiają zabiegi miejscowe, których działanie ujawnia się przedewszystkiem na miejscu za-

stosowania, jest atoli różne zależnie od sposobu, w jaki sam zabieg wykonamy.

Opaska zimna powoduje skurcz naczyń krwionośnych, niedokrwistość, wreszcie wywiera wpływ na miejscową przemianę materyi, hamując takową nie tylko przez zawieszony dopływ krwi do komórek, lecz i w skutek zniżenia czynności życiowej ostatnich. Nerwy obwodowe ulegają podrażnieniu dzięki czemu powstaje cały szereg zjawisk miejscowych tudzież odruchowych; napięcie (tonus) muskulatury zwiększa się dzięki czemu mięśnie stają się zdolniejsze do wykonania zwiększonej pracy; zjawiska rozkładu i fermentacyi ulegają wstrzymaniu.

Wpływ opaski podniecającej jest odmienny; wprawdzie zaraz po zastosowaniu działa ona w ten sam sposób, co i opaska zimna; wkrótce atoli ciepłota zwilżonego płótna zrównywa się z ciepłotą danej okolicy ciała, ponieważ zaś strata ciepła - dzięki suchej warstwie przykrywającej mokrą—jest niemożliwa, zachodzi więc nagromadzanie się ciepła, temperatura opaski podnosi się do wysokości temperatury krwi, a nawet wyżej. Naczynia krwionośne pod opaską rozszerzają się, nietracąc jednak swego napięcia (tonus), krążenie krwi przyśpiesza się, a dzięki niemu przemiana materyi staje się żywszą. Działanie przeto opaski podniecającej zasadza się na wystąpieniu odczynu miejscowego; zależy ono w wysokim stopniu od tego, czem wilgotne płótno jest przykryte. Ponieważ woda, doszedłszy do pewnej temperatury, powinna się ulotnić, okład zaś wyschnąć, najbardziej przeto do przykrycia nadaje się materyał jaknajgorzej przepuszczający ciepło. Przykrywając okład materyałem nieprzenikliwym, uniemożliwiamy parowanie wody, wskutek czego okład pozostaje wciąż wilgotny i, jak tego dowodzą badania Winternitz'a, ogrzewa się w mniejszym stopniu.

W obu przytoczonych powyżej danych opaska podniecająca wskazana jest wszędzie tam, gdzie chcemy osiągnąć działanie rewulsywne, wywołać żywe przekrwienie arteryalne, podnieść czynność życiową skóry tudzież narządów pod nią leżących, zwiększyć przemianę materyi, wreszcie—rezorbcyę. Opaska zimna natomiast znajduje zastosowanie przy tych wszystkich schorzeniach miejscowych, którym towarzyszy przekrwienie nap. zapalenie, ból, podniesiona ciepłota, krwawienie i wysięki lub zjawiska rozkładowe.

Opaskę podniecającą należy zmienić zaraz po wyschnięciu. Cały szereg zjawisk występujących przy tym zabiegu kończy się, jak wiemy, wyschnięciem okładu, całkowicie od normalnego krążenia zależnem. Mianowicie: gdy krążenie jest normalne, już w krótkim czasie po nałożeniu opaski chory doznaje uczucia błogiego ciepła, okład zaś wysycha po upływie 3 do 5 godzin; przy krążeniu wadliwem, co się zdarza w chorobach ustrojowych lub charłactwie, chory doznaje niekiedy dreszczów trwających dopóty, dopóki nie zdejmiemy opaski. Dowodzi to braku odczynu. Otóż w takich wypadkach przed zastosowaniem rękoczynu należy powiększyć napięcie naczyń za pomocą zimnego obmywania lub nacierania, poczem już zwykle chory znosi zabieg dobrze.

Z całego szeregu opasek najbardziej godne są uwagi: opaska piersiowa, o. trzonowa (Stammumschlag) i o. brzuszna; do wszystkich trzech używamy wody 18 — 22°; zwilżonem w niej płótnem okrę-

camy, o ile możności unikając fałd, odpowiednią część ciała, poczem pokrywamy wełnianą chustką resp. flanelowym bandażem. Opaskę piersiową Winternitz radzi nakładać w postaci t. zw. krzyżówki, która tę posiada zaletę że szczelnie przykrywa całą klatkę piersiową. Czas trwania opaski zależy od celu, do jakiego zdążamy; a więc, gdy idzie nam o bezpośrednie energiczne stosowanie zimna zmieniamy ją często; przeciwnie, gdy wskazane jest działanie podniecające—okład powinien pozostać czas dłuższy. Przeto opaska zimna wskazana jest tam, gdzie na narządy jamy piersiowej chcemy wywrzeć działanie przeciwzapalne, a więc przy przekrwieniu tudzież zapaleniu płuc i opłucny, przy czynnem krwawieniu płucnem, wreszcie w chorobach serca. Wskazania do opaski podniecającej są prawie takie same; zaraz po nałożeniu podrażnia ona chwilowo nerwy czulne skóry i powoduje szereg głębokich wdechów; wkrótce jednak opaska rozgrzewa się, zawarta w niej woda zaczyna parować, dzięki czemu klatka piersiowa znajduje się w ciepłej wilgotnej atmosferze; naczynia krwionośne rozszerzają się, krążenie zaś odbywa się żywiej; działanie powyższe rozprzestrzenia się wgłąb, potęgując się jeszcze bardziej prawdopodobnie dzięki odruchom idącym z nerwów skórnych ukojonych pod wpływem otaczającej je atmosfery cieplarnianej; w rezultacie otrzymuje się nader dobroczynny wpływ na cały stan chorego: pobudzenie do kaszlu zmniejsza się, wydzielina rozrzedza się, przez co odkrztuszanie staje się łatwiejszem, zaburzenia oddychowe łagodnieją do tego stopnia że nawet stany dyspnoetyczne stają się mniej męczącymi. Dzięki owemu potężnemu wpływowi, przewyższającemu wszelkie inne sposoby leczenia, opaska podniecająca znajduje zastosowanie we wszystkich prawie schorzeniach płuc i opłucnej, tak nieżytowych jak i zapalnych, ostrych i przewlekłych; łagodzi też ona znakomicie bóle pleurytyczne. Po zatem opaska ta nadaje się do leczenia nerwobólów międzyżebrowych, schorzeń sutek i t. d.

Opaska trzonowa pod wieloma względami zbliża się do piersiowej, od której różni się jedynie swymi rozmiarami, sięga bowiem od pach do spojenia łonowego. Oczywiście, dzięki tej okoliczności działanie opaski trzonowej jest znacznie energiczniejsze, polega zaś głównie na zmniejszeniu ciepłoty u gorączkującwch, oddziaływując jednocześnie na krążenie i oddychanie. Opaska ta, również jak i piersiowa, bywa zimna, i wtedy należy ją zmieniać co pół godziny, lub też podniecająca. Opaskę zimną stosujemy w stanach gorączkowych jako zabieg pomocniczy lub też zasadniczy, zastępujący inne, których dla jakichkolwiek powodów zastosować nie możemy, Dzięki działaniu w głąb opaska trzonowa jest wskazana we wszystkich stanach zapalnych przewodu pokarmowego, przy przekrwieniach narządów miednicy, krwawieniach i t. d. Teren do zastosowania podniecającej opaski trzonowej stanowią przewlekłe przekrwienia narządów jamy brzusznej i miednicznej, tudzież drętwe wysiękowe stany zapalne przy niedostatecznej rezorbcyi. Na szczególne uwzględnienie zasługuje prawie swoiste działanie kojące w całym szeregu chorób nerwowych, jak stany podniecenia, bezsenność. Pod wpływem opaski podniecająeej następuje ukojenie nerwów obwodowych, które przez odruch udziela się ośrodkowemu układowi; obok tego, dzięki

rozszerzeniu się naczyń podbrzusznych, następuje odpływ od głowy; czynność serca również się uspakaja.

Działanie powyższe tłomaczy nam dobroczynny wpływ opaski trzonowej w całym szeregu chorób dziecięcych, jak skurcz głośni, drgawki i t. d.

Dla pełności wykładu wspomnieć tu należy jeszcze o kombinacyi podniecającej opaski trzonowej z wężownicą na okolicę żołądka. Za bieg ten, pierwotnie przez Winternitz'a zalecony, działa znakomicie przy nerwowych nieżytowych tudzież czynnościowych schorzeniach żołądka.

Opaska brzuszna stosuje się z wielkim pożytkiem w schorzeniach narządów jamy brzusznej, zwłaszcza przy przekrwieniach wątroby, zastoinie w splotach żylnych podbrzusza, w cierpieniach żołądka i kiszek.

Zeitschr. f. diät. und physik. Therapie. T. IV. Z 7.

Fr. Grodecki.

C. von Noorden. **O wskazaniach do ograniczenia płynów w leczeniu otyłości.** Ograniczanie płynów w leczeniu otyłości posiada w praktyce pewne znaczenie; atoli doświadczenia, za pomocą których Oertel i Schweninger usiłowali wytłomaczyć bezpośredni wpływ, jaki zmniejszone przyjmowanie płynów na przemianę tłuszczu wywiera, nie doprowadziły do żadnego rezultatu.

Autor wypowiada następujące wnioski:

1) Ograniczenie płynów w znaczeniu Oertel'a i Schweninger'a nie ma najmniejszego wpływu na palenie się lub przemianę tłuszczu.

2) Pierwotny wpływ, jaki ograniczenie płynów wywiera na wagę ciała, polega jedynie na tem, że krew i tkanki tracą część zawartej w nich wody; okoliczność tę w celach leczniczych można wyzyskać w następujący sposób: a) w celu poprawienia krążenia, ilekroć mamy do czynienia z osłabionem sercem, np. przy wadach zastawek lub schorzeniach mięśnia, przy arteriosklerozie lub marskości nerek; b) u niektórych chorych jako doskonały środek suggestyjny; c) dla zmniejszenia spostrzeganego u niektórych pocenia się.

3. Ograniczenie płynów na nagromadzenie, przemianę, wreszcie znikanie tłuszczu posiada tylko wpływ pośredni i to tylko w szczególnych wypadkach, mianowicie: a) jeżeli przez zmniejszony dowóz płynów możemy wyrównać zaburzenia w krążeniu, przez co umożliwić zwiększoną pracę mięśnia; b) jeżeli możemy jednocześnie zmniejszyć zdolność przyjmowania innego wytwarzającego tłuszcz pożywienia; zdarza się to niekiedy w wysokim, to znowu w mniejszym stopniu, niekiedy wszakże nie udaje się wcale.

4) W braku szczególnych wskazań nie powinniśmy osobom otyłym ograniczać wody, albowiem i bez tego możemy osiągnąć wpływ pożądany, zakaz zaś nasz staje się dla chorych powodem niemiłej męki.

Podług referatu w Zeitsch. f. diät und phys. Ther. T. IV. Z 7.

Fr. Grodecki.

M. Rubner. **O zdolności przystosowywania się człowieka do wysokiej i niskiej ciepłoty.** Na osobniku mało wrażliwym na działanie zimna i ciepła autor przeprowadził szereg doświadczeń nad sposobem, w jaki się ustrój do zmiany temperatury przyspasabia; w tym celu badany osobnik pozostawał po 6 godzin w kamerze respiracyjnej; odżywianie, odzież, wreszcie względna wilgoć powietrza, zawsze była ta sama, temperatura zaś wachała się między 2^0 a 40^0 C. Otóż okazało się, że ilość wydychanego kwasu węglowego była największa (29.8 grm na godzinę) przy + 2^0, najmniejsza (21.2) przy + 40^0, zaś w granicach między 15^0 a 30^0 pozostawała prawie bez zmiany (25 grm.). Wynika z tąd, że niska ciepłota powoduje znacznie wzmożony rozpad. Zgoła inaczej zachowuje się wydzielanie pary wodnej: tu minimum (15 grm. na godzinę) przypada na ciepłotę 15 — 20^0, natomiast ilość ta zmniejsza się tak w ciepłocie chłodniejszej, jak i cieplejszej, wynosi bowiem 37 grm. przy 20^0, 43 grm. przy 30^0 i 112 g. przy 35 — 40^0.

Jak tego dowodzi porównanie z dawniejszemi doświadczeniami, przy temperaturze pokojowej prawie całkowita ilość pary wodnej wydziela się przez płuca; przyrost przy ciepłocie zimniejszej daje się wytłomaczyć po części przez pogłębione, oraz przyśpieszone, oddychanie, poczęści zaś przez zwiększenie perspiracyi wskutek wzmożonej wentylacyi naturalnej odzieży. Zwiększone wydzielanie się wody przy wysokiej ciepłocie zależy prawie całkowicie od żywszego oddychania skórnego.

Obrachowanie otrzymanych danych dowodzi, że przy 15—20^0 16$^0/_0$ wytworzonego ciepła, przy 25 — 30^0 : 30$^0/_0$, zaś przy 35—40$_0$ aż 112$^0/_0$ wydziela się przez parę wodną; ostatnia okoliczność usuwa niebezpieczeństwo przegrzania się ustroju pod wpływem wysokiej temperatury zewnętrznej.

Doświadczenia ze zmianą odzieży dowodzą, że stosunki oddychowe przy cieplejszem ubraniu zbliżają się do tych, jakie sprawia wyższa ciepłota; ciepłe ubranie przy niższej ciepłocie, lekkie przy średniej, wreszcie nagość przy wysokiej powodują prawie jednakowe wydzielanie się CO_2; co zaś do wydzielania się wody, jest ono najmniejsze (53 grm na godzinę) w drugiem, nieco większe (63 grm.) w pierwszym i znacznie wzmożone (108 grm.) w trzecim wypadku.

Wreszcie, wypróbował Rubner wpływ alkoholu przy niskiej i wysokiej ciepłotach; okazało się przytem, że ten powoduje znaczne zmniejszenie się subjektywnego uczucia zimna przy niskiej ciepłocie, natomiast wpływ jego przy temperaturze wysokiej jest niewyraźny; w obydwóch wypadkach alkohol sprawia wzmożone wydzielanie się H_2O i O_2. Co do wydzielania się wody, to w zimnej temperaturze jest ono znacznie wyższe (o 30$^0/_0$ w suchem; o 18$^0/_0$ w wilgotnem powietrzu), niż w ciepłej (11$^0/_0$ w suchem pow.).

Archiv f. Hyg. T. 38 Z. 2.

Fr. G 1.

L'Homme. **Odżywcze znaczenie cukru.** Autor, lekarz wojskowy, omawia znaczenie cukru dla odżywiania w ogólności i specyalnie odżywiania żołnierzy. Cukier, spożywany obecnie w ilości 8 milionów tonn, w wytwarzaniu siły i oszczędzaniu białka przewyższa tłuszcz tudzież, jak to z doświadczeń Litenstorfer'a i Schumburg'a wynika, posiada tę szczególną własność, że zmniejsza uczucie znużenia, głodu i pragnienia, znajdujących się w marszu żołnierzy, wreszcie - prędko orzeźwia znużonego człowieka. Podnosząc znaczenie spostrzeżeń powyższych, dokonanych w armii niemieckiej, mniema autor, że kwestya ta powinna być dokładniej zbadana przez ścisłe doświadczenia na zwierzętach. Z zestawienia autora wynika, że spożycie cukru na osobę rocznie wynosi: w Anglii 39 klg., w Danii 20, w Holandyi 14, we Francyi 13, w Rosyi 4.5, w Turcyi 3 i wreszcie w Serbii 1.8. Ze stosunkiem powyższym równolegle idzie przedsiębiorczość jakoteż esprit d'expansion przytoczonych ludów. W obec powyższych danych należy w większym niż dotąd stopniu uwzględniać znaczenie cukru w odżywianiu zdrowych i chorych, szczególnjej zaś żołnierzy i sportowców.

Le bulletin med. 99 № 29.

Fr. Gr.

Prof. H. Cohn. **O kształceniu pielęgarek do dozorowania noworodków chorych na śluzotok ropny.** Zebrane w roku bieżącym dane z niemieckich, austryackich i szwajcaɹskich przytułków dla! ociemniałyćh *o przyczynach ślepoty* dają zastraszającą liczbę ślepych skutkiem przebytego śluzotoku ropnego noworodków (blennorrhoea neonatorum). Tak naprzykład, w Wrocławiu na 428 niewidomyah 27% stɹaciło wzrok skutkiem tego cierpienia. Z 2116 ślepych, znajdujących się w 23 przytułkach dla ociemniałych: w niemieckich — 20% daje śluzotok, w austryackich 20%, w szwajcarskich 28%. Liczby te obejmują zupełnie ślepych na oba oczy, a ileż prócz tego osób utraca z tejże przyczyny tylko jedno oko, lub ma w mniejszym lub większym stopniu gorszy wzrok! Zgrozą przejmują te liczby, gdy się weźmie pod uwagę, że od roku 1881 posiadamy środek skuteczny, zapobiegający tej chorobie — metodę Crédégo (zapuszczanie, po obmyciu noworodka, po 1 kropli 2% azotanu srebra do każdego oka). Przyczyną tej choroby są, jak wiadomo, drobnoustroje (zwykle dwoinki Neissera, bywają jednak i inne, jak pneumococcus, bac. Weeks), które podczas porodu przedostają sie z dróg rodnych matki na powieki, a następnie na spojówki noworodka. Gdyby metoda Crédégo była zawsze i wszędzie stosowana — śluzotoku ropnego wogóle by nie było. Niestety, tak się nie dzieje! Aby ogół był dobrze poinformowany o tak groźnej dla oka chorobie i o konieczności wczesnego zjawiania się do lekarzy, oddział lekarski szląskiego Towarzystwa (Medicinische Abtheilung der Schlesischen Gesellschaft für Valerländische Kultur) wypracował jeszcze przed 6-ciu laty wskazówki, które magistrat m. Wrocławia drukuje rocznie w 20,000 egz. i rozdaje bezpłatnie akuszerkom i urzędom me-

trycznym dla doręczenia położnicom i meldującm o urodzeniu dziecka. Wskazówki te brzmią:

„O niebezpieczeństwie zapaleń oka (śluzotoku ropnego) u noworodków; wskazówki opracowane przez oddział medyczny ślązkiego towarzystwa dla matek, które pragną swe dzieci ustrzec od ślepoty.

1) Dziesiąta część wszystkich ślepych straciła wzrok z powodu przebytego w dzieciństwie zapalenia ropnego, a setki tysięcy ludzi z powodu tejże choroby mają zmniejszoną siłę wzroku, A jednak można prawie zawsze uniknąć tej choroby, jeżeli akuszerki stosować będą odpowiednie zabiegi przed i po porodzie. Gdy jednak choroba oczu już powstanie, to zawsze jest winą rodziców, mamek, pielęgarek lub akuszerek, jeśli oko poniesie jaką szkodę. Albowiem wczesna pomoc lekarska może oko napewno ocalić. Nie trzeba więc tracić drogiego czasu, oczekując polepszenia, ani też leczyć domowymi środkami, lecz natychmiast zawezwać lekarza, ponieważ tu każda minuta jest droga. 2) Groźna ta choroba rozpoczyna się rzadko na drugi, zwykle zaś na trzeci lub czwarty dzień po urodzeniu, czasem nawet i później. Z początku brzegi powiek nieznacznie obrzmiewają i czerwienieją, a powieki w kątach zlepiają się; zwykle — po śnie. Wkrótce występuje przy otwieraniu powiek lepka biaława lub żółtawa wydzielina. Trzeciego lub czwartego dnia obrzmienie powiek jest już bardzo znaczne, tak, że dziecko nie może otworzyć same oezu. Przy gwałtownem otwieraniu powiek ze szpary ocznej wycieka lub wytryskuje gęsta, żółta ropa, podobna do śmietanki. Otwierać takie oczy trzeba ostrożnie, żeby i do naszego oka nie dostała się materya, ponieważ prawie niezawodnie narażamy się wtedy na tę samę chorobę. 3) Przy zaniedbaniu odpowiedniej racyonalnej pomocy ropienie z.powiek przechodzi na gałkę oczną i w kilka dni niszczy rogówkę — czego następstwem jest zupełna ślepota lub stałe osłabienie wzroku. Gdy rogówka jest zajęta, wtedy i najdoświadczeńszy lekarz nie jest w stanie wyleczyć zupełnie oka. Dla tego też trzeba się zwracać do lekarza natychmiast przy najmniejszem zaczerwienieniu oka noworodka, obrzmieniu lub wydzielaniu się ropy. 4) Ten kto pielęgnuje dziecko na takie ropne zapalenie, powinien zawsze najstaranniej wymyć ręce mydłem po każdem zetknięciu rąk swoich z chorem okiem dziecka. 5) Jeśli matka przed połogiem miała upławy, to powinna szczególniejszą zwracać uwagę na to, aby nie dotykać do oczu dziecka ani swym palcem ani rzeczmi, które używała do obmywania siebie, ponieważ może przenieść takim sposobem chorobę po urodzeniu dziecka. 6) Jeżeli zapadnie na zapalenie oczu jedno z bliźniąt, to drugie natychmiast trzeba rozłącyć zupełnie i nie kąpać w tej samej kąpieli. 7) Jeżeli jedno z poprzednich dzieci chorowało już na zapalenie oczu, to przy następnym połogu akuszerka powinna na to szczególniejszą zwrócić uwagę. 8) Co robić zanim przybędzie lekarz? a) Co 10 minut obmywać oczy dziecku i starannie usuwać ropę z oka watą, maczaną w wodzie i następnie dobrze wyżętą. b) Natychmiast kłaść zimne okłady następującym sposobem: Wielokrotnie złożony kawałek czyściutkiego płótna ozię-

bić na lodzie lub w bardzo zimnej wodzie, dobrze wyżąć i przyłożyć na chore oko. Ciepły okład szkodzi, więc trzeba okłady zmieniać co 5 minut i wykonywać to dopóty, dopóki nie przyjdzie lekarz. c) Posmarować zewnątrz powieki wazeliną, aby się nie zlepiały. d) Jeżeli jedno oko jest chore, nie dotykać nigdy tym okładem, ani też palcami, zdrowego oka, ponieważ można tym sposobem przenieść chorobę i na zdrowe oko. e) Ponieważ zapalenie oczu u noworodków jest nadzwyczaj zaraźliwe, więc to wszystko, czego się używało przy obmywaniu oczu dziecka, jakoto: wodę, płótno i t. p. nie może być użyte do oczyszczania rąk lub twarzy innej osoby. Najmniejsza cząsteczka ropy wywołuje i u dorosłego szybkie, i najczęściej nieuleczalne, zniszczenie oka. Watę i płótno, do oczyszczenia oka użyte, trzeba zaraz palić. Nie zaniedbywajcie natychmiastowego wewania lekarza!"

Z powyższego widać, jak bardzo zależy w tej chorobie na **wczesnem** wezwaniu lekarza i na umiejętnem pielęgnowaniu chorych dzieci. Tymczasem, jakże często zwracają się do lekarza wtedy, gdy cierpienie przeszło na rogówkę, to jest, gdy już oko jest zupełnie stracone lub, w najlepszym razie, jeżeli oko uda się ocalić, pozostaje zmętnienie rogówki. Dzieje się to dla tego, że zwykle w biedniejszej klasie niema kto zanieść dziecka do lekarza Matka leży w łóżku, ojciec przy pracy, sługi brak. Samo też zapuszczenie kropli przez lekarza nie wystarcza. Trzeba wypełniać i jego zlecenia — umiejętnie usuwać ropę z oka, kłaść dniem i nocą zimne okłady, zmieniać je co 5 minut. To leczenie, tak energiczne, trwa 5 — 6 tygodni.

Dla zmniejszenia więc liczby ślepych trzeba wykształcić specyalne pielęgarki, któreby bezpłatnie dozorowały dzieci chore na śluzotok*).

Krankenpflege 1901. II.

Michalski.

Erben. **O udawaniu objawów nerwowych.** Za istnieniem bólu przemawia rozszerzenie źrenic oraz przyśpieszenie czynności serca przy ucisku na punkty bolesne; ujemny wynik tej próby niczego nie dowodzi. Na uwagę, w dalszym ciągu, zasługuje skurcz naczyń w razie bólu w członku w skutek uszkodzenia kości lub mięśni, wreszcie—napięcie mięśni przy bólach stawowych; za oznakę bólu uchodzi również sztywność. Przy bolesności ogranicznej należy uciskać daną okolicę tudzież miejsce w pobliżu leżące: chory powinien odczuwać ból tylko w jednem miejscu. Jeżeli uciskać naprzemian miejsce bolące oraz okolicę sąsiednią, łatwo możemy wprowadzić w błąd udającego i przez to wykryć symulacyę.

W sprawie udawania porażeń mięśnia naramiennego i szprychowego podaje E. następujące wskazówki: jeżeli przy forsownym ruchu

*) Rozporządzenie ministeryalne z dnia 2 X. 1901. nakazuje w Prusiech akuszerkom stosowanie zabiegu Credé'go przyczem zezwala na używanie w tym celu 5 — 10 proc roztworu protargolu (Woch. f. Ther. u. Hyg. d. Auges.)

(najlepiej z przeciwdziałaniem) ujawnia się mała siła, a obok niej drżenie, przemawia to za słabością mięśni; jeżeli jednak przy przerywanem, lecz energicznem zginaniu z oporem zdybiemy chorego że obok agonistów napina i antagonisty, dowodzi to, że badany nie życzył sobie ujawnić całkowitej siły mięśniowej. Jeżeli chory skarży się na osłabienie ręki, polecamy mu uścisnąć naszą przy jednoczesnem maksymalnem zginaniu oraz wyprostowywaniu w stawie napięstkowym; w ostatnim wypadku uścisk powinien być wybitnie zwiększony; wynik odmienny przemawia za tem, że chory usiłuje wprowadzić w błąd lekarza.

Co się tyczy dosyć często udawanego drżenia, autor radzi zwrócić uwagę, czy ruchy drgające przy dłuższem spostrzeganin nie stają się bardziej niezgrabne i rzadsze, oraz czy nie towarzyszy temu głębszy tudzież bardziej niespokojny oddech, przyśpieszone tętno oraz zwiększone ciśnienie krwi. Wszystkie powyższe objawy świadczą za tem, że drżenie zachodzi pod wpływem świadomego wpływu nerwowego.

Jeżeli po unieruchomieniu kilku palców pozostałe zachowują ten sam typ drżenia, przemawia to przeciwko udawaniu; to samo się stosuje do skurczów mięśni, na które nie mogą wywierać wpływu odosobnione bodźce nerwowe. Nie wzbudza wątpliwości drżenie wtedy, gdy takowe nie ustaje lub nie ulega żadnej zmianie pod wpływem całkowitego zajęcia uwagi chorego, np. przez prędkie ruchy ręki, pisanie w powietrzu, kreślenie rozmaitych figur, jak to zaleca Fuchs.

Drżenie nóg znikające przy zgiętych kolanach i położeniu na brzuchu i zaczynające się dopiero wtedy, gdy palce dotkną się oparcia, jest stanowczo udane. Na korzyść znieczulenia przemawia jednocześnie oziębienie danej okolicy. Pozatem należy uciekać się do zalecanych przez Thiem'a i Goldscheider'a sposobów do zdemaskowania symulacyi zdążających. Objaw Romberg'a bywa udawany często ale nieumiejętnie: badany przy tem najczęściej pada, nie ujawniwszy uprzednio, jak to czynią istotnie chorzy, charakterystycznego, lecz trudnego, balansowania w celu utrzymania pozycyi pionowej. Dotknięci istotną niezbornością ruchów ujawniają zmniejszenie się objawów Romberga, jeżeli mogą się ręką o coś oprzeć, symulanci nie czynią tego. Obecność zawrotu głowy da się ujawnić przez objawy towarzyszące tudzież zasadniczą chorobę; w przeciwnym razie zachodzi wielkie prawdopodobieństwo udawania.

Podług ref. Münch. Med. Wochenschr. № 16. 1901.

F. G.

C. Waligórski. **Źdźbła słomy w cewce moczowej.** *A. M.*, gospodarz z Nowicy, zgłosił się z oznajmieniem, że przed dwoma miesiącami, spadłszy ze strychu na słomę, uczuł nagle silny ból w prąciu; mocz oddawał z początku krwawy i z wielkim bólem, a mniej więcej od doby już wcale go oddać nie może. Badaniem zewnętrznem żadnych zmian nie wykryto; zauważono niezwykle szeroki, bo drożny dla końca małego palca otwór zewnętrzny cewki moczowej Chcąc ulżyć pacyentowi przynajmniej chwilowo, autor chciał wypuścić zatrzymany mocz. Przy wprowadzaniu cewnika metalowego zauważył, mniej więcej w połowie cewki moczowej, mierny opór, który jednak szybko ustąpił, — po-

czem wypuścił około dwóch litrów moczu, który był z samego początku lekko krwią zabarwiony. Chcąc wyjąć cewnik, natrafił autor w tylnej części cewki moczowej na tak znaczny opór, iż wyjęcie, zwłaszcza z powodu bólu, jakiego doznawał chory, było niemożliwe. Po długich dopiero próbach udało mu się nareszcie cewnik wyjąć i teraz natychmiast zagadka wyjaśniła się. W cewniku tkwiło źdźblo słomy, a z okienka cewnika wystawał rozłupany jej kawałek, który to odszczep, pierwotnie ku górze zwrócony, opierał się o błonę śluzową cewki i niepozwalał na wyjęcie cewnika; po kilkunastu dopiero pociągnięciach skutkiem zwiotczenia, zwrócił się ku dołowi, a wtedy i cewnik bez trudności dał się usunąć, wydobywając równocześnie i ciało obce z cewki moczowej, o którego obecności tamże nawet chory nie wiedział.

(Przeg. Lek. 1901. str. 614.)

Golding. **Uwagi o skiagrafii i złamaniach kości, szczególniej pod względem lekarsko-sądowym.** Obrazy otrzymane za pomocą promieni Roentgena b. często bywają przez niewprawnych błędnie rozumiane, a co za tem idzie, bywają podstawą błędnego orzeczenia sądowo-lekarskiego. Te błędy w interpretacyi autor dzieli na grupy następujące.

I. Można na obrazie rozpoznać złamanie, choć ono nie istnieje.

II. Można przeoczyć złamanie istniejące.

III. Można przyjąć złamanie już zrośnięte za jeszcze istniejące.

IV. Dzięki rozbieżności X-promieni, oraz przez ich skrócenie, może wystąpić zniekształcenie, przekręcenie całego obrazu.

The Brit. Med Journ. 1901. № 23. Z. P.

Z Warszawskiego Towarzystwa Hygienicznego.

Wydział hygieny ludowej (5. X. i 26 X. 1901.) I. Przedstawiono respirator pomysłu p. *Nesterowicza*, tapicera z Kielc. Respirator ma tę zaletę, że maski nie trzeba przymocowywać do ciała lecz do ronda czapki rurką sprężynową. Maskę można łatwo przesuwać i zdejmować. Rurki do oddychania spoczywają na plecach robotnika i z poza niego czerpią powietrze. Filtruje się powietrze przez watę wełnianą, która nie zamaka i nie wytwarza się z niej błoto, zwykle przeszkadzające oddychać. Maskę tę wziął p. inżynier *Szrajber* do wypróbowania w warsztatach przez robotników.

Następnie odczytali referaty dr. *Ciechomski*: „O szkodliwościach zawodowych w kowalstwie" i dr. *Rzętkowski*: W młynarstwie".

Praca kowalska usposabia, skutkiem szerokiego rozstawiania nóg z wywróconemi nazewnątrz stopami, do powstawania kolana koślawego i stopy płaskiej, do żylaków, do oparzenia rąk i przedramion, do cierpień oczu, do przeziębień. Młynarze cierpią skutkiem ciągłego i niezmiernie obfitego pyłu z mąki i domieszek do niej. Najwięcej narażane są drogi oddychowe, następnie oczy; na skórze powstaje łatwo pryszczyca. W młynach wodnych wchodzi w grę częste

przemoczenie i przeziębienie. Okulary i respiratory nie dają się w praktyce zassosować. Niezbędny jest postęp techniczny w rzemiośle. W dyskusyi *Bronowski* poleca watę do uszów dla zabezpieczenia ich od kurzu i nadmiernego hałasu. *W. Janowski* przeciwko stałym u młynarzów katarom gardła, radzi częste jego płułanie. Postanowiono gotowe referaty wydać razem, jako część pierwszą „Szkodliwości zawodowych.“

II. Dr. *Korzon* odczytał referat „O szkodliwościach zawodowych w ogrodnictwie,“ Zawód ten należy do najzdrowszych, chociaż i tu bywają narażeni poświęcający się temu zawodowi na rozmaite choroby. Znaczna zmiana temperatury przy przechodzeniu zimą z cieplarni o wysokiej t^{0} do innych budynków naraża na przeziębienie, następnie sypianie w cieplarniach, wobec obfitości pary wodnej i kwasu węglowego, może powodować nawet ogólne charłactwo. Grzebanie rękami w ziemi narazić może na skaleczenie i zarażenie się tężcem, czarną krostą i obrzękiem złośliwym. Klęczenie na mokrej ziemi powoduje reumatyzmy, katary i t. p. Zbyt krótkie trzonki łopat powodują wadliwą postawę ciała, a wązkie na końcu trzonki – odciski na palcach. Sok niektórych roślin silnie drażni skórę (hyacynthus). W rozprawach p. *Szanior* przytacza niektóre przyrządy, które mają na celu ułatwienie pracy i zabezpieczenie rąk; do takich należą pazurki, szufelki i t. p. *Szanior* obiecał referat ten wydrukować w „Ogrodniku Polskimi, dla wywołania uwag ze strony ogrodników.

Dr. *Sonnenberg* (z Łodzi) w referacie o szkodliwościach w mularstwie podnosi wpływ zmiennej pogody przw pracy pod gołem niebem, niebezpieczeństwo przy samem zajęciu. Wskazuje na gryzące działanie wapna palonego, na pył, szczególniej przy rozbiórce starych domów. Noszenie cegieł na wyższe piętra jest ciężką pracą. Na 100 zmarłych mularzy 38,2 umiera na gruźlicę płuc. Posiłek mularzy często jest niedostateczny i zwykle szwankuje pod względem jakości: mularz spożywa strawę zimną, skrzepłą brydnemi rękami.

Wydział Hygieny miast i mieszkań (14. VI. 1901.) III. Przewodniczący zakomunikował, że:

1-o) Sprawą opracowania warunków budowy: „domu dla robotników“ na konkurs Towarzystwa hygienicznego zajmuje się sekcya techniczna Warszawskiego Towarzystwa popierania przemysłu i handlu, na co wydział uzyskał, jako premium, rubli 30 za najlepszą konkursową pracę.

2-o) że delegacya w sprawie zwiedzania wzorowych urządzeń hygienicznych w domach wskaże je takowej, oznaczając terminy zwiedzań. W pierwszym rzędzie poleca zwiedzić członkom domy przy ulicy Jerozolimskiej № 85 i przy Smolnej № 34, jako wzorowo urządzone pod względem sanitarnym, kanalizacyjnym, ogrzewania i t. d.

Inż. *I. Kozłowski* przedstawił poprawiony i rozszerzony „Kwestyonaryusz“ *w sprawie tanich mieszkań dla robotników*, składający się z 37 pytań.

W dyskusyi przyjmowali udział pp.: *Matecki*, *Makowski*, *baron Lesser*, *Kryński*, *Tchórznicki*, *Ciszewski*, *Białobrzewski i Kozłowski*. Zadecydowano, że:

1) Kwestyonaryusz dotyczy miast wielkich, jak: Warszawa, Łódź. 2) Miary podawać w łokciach, pamiętając, że metr = 3 łokciom. 3) Najwyższą cenę lokalu ustanowić na 4 rub. miesięcznie. 4) za warunek postawić, by czwartych pięter nie było, a gdyby były, to tylko z warunkiem urządzenia wind. 5) Mowa tylko o domach skanalizowanych. 6) Każde piętro powinno być odgraniczone warstwą izolacyjną niepalną. 7) Oznaczyć minimum kubiczności przestrzeni mieszkania dla dorosłego i na dziecko do lat 12-tu. 8) Wypowiedzieć ściśle, czy pranie bielizny w jednej izbie, gotowanie pokarmów i spanie jest pożądanem, czy należy budować kuchnie i pralnie wspólne.

Kwestyonaryusz w ostatecznej formie przedstawić Radzie Tow. Hyg. z prośbą o rozesłanie go biegłym pp. architektom, lekarzom, właścicielom fabryk, majstrom budowlanym, technikom i właścicielom egzystujących już domów, przeznaczonych na mieszkanie dla klasy roboczej.

(„Zdrowie").

WIADOMOŚCI DROBNE

— Aufrecht radzi używać do *zastrzykiwań podskórnych* roztworu *chininy* 1 : 34; zazwyczaj więc wypada zastrzyknąć 17 gramów płynu (0,5 chin. hydrochl.), za pomocą takiej strzykawki, jakiej używamy, stosując surowicę przeciwbłoniczą. W powyższym stosunku chinina rozpuszcza się bez dodatku kwasu. Strzykawki nie trzeba wyjaławiać kw. karbolowym lecz — co najwyżej—po wygotowaniu przemyć roztworem kw. bornego.

(Ther. Mon. 1901. V.)

— W celu usunięcia przykrych objawów *drżączki porażennej* stosuje Hilbert (za Erbem i Eulenburgiem) podskórnie świeży rozczyn *Hyoscini hydrobromici;* już po upływie 10 minut od od zastrzyknięcia — drżenie się zmniejsza. Zaczynać należy od dawki 0,0001.

(Helikunde 1901. III).

— Przeciw *ostremu napadowi dny* zaleca Küster środek stary, *kolchicynę,* w postaci pigułek (Rp. Colchicini Merck 0,05. Pulv. et Extr. Liq. aa. 1,5. M. f. pil. № 20). Dwie do 4 pigułek w ciągu dwu dni usuwają atak. Jeśli wystąpią takie objawy, jak: nudności lub rozwolnienie — lek odstawić.

(Deut. M. W. 1901. 39).

— *Chinozol* w rozczynie 1—2:100 zaleca Nottenbaum jako doskonałe *stypticum* do użytku zewnętrznego (krwawienie z ziarniny ran, krwotoki nosowe i t. p.) Chinozol czerni ostrza noży i stępią je

(Deut. M. W. 1901. 33).

— *Jodynę* do leczenia świeżych *ran zakażonych* poleca Beck.

— Przy *Herpes zoster* radzi Winternitz *okłady spirytusowe.* Bóle zmniejszają się przy pierwszym opatrunku; po 3 do 7 opatrunkach (zmienianych co 2 godziny) choroba ustępuje.

(Blät. f. Klin. Hydrother. 1901. II).

— Za stosowaniem przy leczeniu ran, *maści,* wypartych z użycia przez nowe metody antyseptyczne, przema-

wia Obler. Szczególnie poleca maść składu: Liq. Alum. acet. 10,0. Lanolini, Vaselini aa. 100,0.

— Jako materyał na *szyny* zaleca Wolf — *linoleum*. L. nie nasiąka wilgocią, daje się łatwo myć i odkażać, jest elastyczne (rynienki), trwałe, lekkie, bardzo tanie, łatwo się kraje (otwory przy złamaniach powikłanych).

(Aerzt. Rdsch. 1901. 3. VIII.)

— Przeciw napadowi *dusznicy oskrzelowej* poleca Kraus: Coffeini natr.-salicylici 0,3. Antipyrini 0,8.

(Centr. f. Ther. 1901. 8.)

— Courmont i Rollet radzą *przy cierpieniach oczu podczas ospy* wpuszczać do każdego oka, parę razy na dzień, po 3- 4 krople roztworu (1:500) *błękitu metylenowego*. W 45 przypadkach, w których od początku zajęcia rogówki ten środek zastosowano—otrzymano zupełne wyleczenie.

(Klin. ther. Woch. 1901. 21. V).

— Kuhn opisał przypadek *tężca* w w skutek podskórnego zastosowania *żelatyny*. Wobec tego, że zarodniki tężca giną dopiero po bardzo długiej sterylizacyi, do celów lekarskich należy używać jedynie takiej żelatyny, która została wyrobiona w laboratoryach lekarskich, ze zwierząt zdrowych.

(Münch. M. W. 1901. 26. XI).

KRONIKA

1. **Wydawcą** „Czasopisma Lekarskiego" został kol. St. **Serkowski**. Do czasu zatwierdzenia go przez Wydział prasy pismo podpisywać będzie poprzedni wydawca, kol. Cz. Stankiewicz.

2. W trzech kolejno wydanych rozprawach wyłożył kol. **Edmund Biernacki**, znany dotąd ze swych prac laboratoryjnych i klinicznych, podstawowe pojęcia nauk lekarskich. Jest to **popularne przedstawienie filozofii medycyny**. wykład najogólniejszych i najistotniejszych punktów wyjścia działalności lekarskiej.

Pierwsze z tych dzieł: „Istota i granice wiedzy lekarskiej" wydane zostało w roku 1899-ym; drugie: „Chałubiński i obecne żądania lekarskie" w roku 1900 ym; obecnie leży przed nami tom wydany (rzecz bardzo znamienna!) **przez grono starszych kolegów**, a zatytułowany: „Zasady poznania lekarskiego"

Wszystke trzy wymienione prace znajdują się w związku wewnętrznym, stanowiąc zarys syntezy medycyny. Jest to trylogia. którą z niezmiernym pożytkiem przeczyta każdy lekarz—praktyk, uświadamiając sobie punkty wytyczne swej wiedzy i swej działalności zawodowej.

— Jako wydawnictwo „Gazety lekarskiej" wyszło dzieło D-ra A. Sokołowskiego p. t.: „Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych. I. Choroby tchawicy i oskrzeli".

3. **Stacya bakteryologiczna w Miechowie**. Świeżo nominowany lekarz weterynaryi w powiecie miechowskim, p. Józef Malewski, otworzył w Miechowie — jak donosi „Gaz. Kiel." — stacyę bakteryologiczną do badania mięsa i mleka. Dotychczas istniały takie stacye bakteryologiczne w dwóch tylko miejscowościach gub. kieleckiej: w Kielcach i Olkuszu.

4. **Szpital św Aleksego w Płocku**. „Założony w roku 1823-im ten szpital dla chorych wenerycznych znajduje się obecnie w stanie ogromnie opłakanym. Już od lat kilkunastu raporty stwierdzają taki stan, od lat kilkunastu noszono się z myślą pobudowania nowego pomieszczenia, ale tymczasem rzecz pozostaje po dawnemu. Dziś ruina doszła do tego stopnia, że lekarze obawiają się wprost o bezpie-

czeństwo chorych. Trzy sale zostały zupełnie zamknięte, sufity w innych zaciekają porządnie, podłogi w wielu miejscach pogniły.

Pod względem ogółu urządzeń, szpital nie odpowiada najmniej skromnym warunkom hygienicznym: miejsca ustępowe znajdują się w miejscu niewłaściwem, kuchnia w stanie rozpaczliwym. Szpital ten postawiony jest w ogóle w miejscu nieodpowiedniem, bo prawie w środku miasta, zamiast ną krańcach; ale pomijając tę okoliczność, ogólny stan szpitala robi wrażenie przygnębiające.

Znać, że oddawna nie przeprowadzono w nim więcej poważnego remontu, znać, że oddawna łatano małe uszkodzenia.

Na dobrą sprawę trzebaby szpital ten zamknąć dla chorych, bo niewiadomo nawet, jak wyjść z tego położenia. Szpital ma swój kapitał żelazny w sumie 10,000 rubli, od którego odsetki nie wystarczają na utrzymanie szpitala. Obecnie ciąży na nim długu około 4,000 rub., a zkąd wziąć na gruntowne odnowienie gmachu i doprowadzenie do porządku?"

(Echa płockie № 378).

5. Przasnysz. „W sprawie szpitala miejscowego. W całej gubernii płockiej mamy cztery szpitale, z których tylko szpital Św Trójcy w Płocku chodź skromnie, lecz względnie przyzwoicie jest urządzony: szpitale zaś w Lipnie, w Mławie i Przasnyszu wiodą żywot suchotniczy. O tem, o ile szpitale są bardzo potrzebne, nie będę się się rozwodził, to czuje i rozumie nawet mało inteligentny człowiek; dowodzenia tego twierdzenia są zbyteczne. O szpitalu w Przasnyszu chciałbym obecnie cośkolwiek powiedzieć i sądzę, że to, co napiszę o nim, można zastosować i do innych szpitali z bardzo niewielkiemi poprawkami lub bez poprawek wcale.

Szpital Św. Stanisława Kostki w Przasnyszu obsługuje dwa powiaty: przasnyski i ciechanowski i dużą część powiatu makowskiego (gub. Łomżyńskiej). Etat szpitala ustanowiony jest na 35 chorych. Był czas, kiedy szpital ten wcale nieźle egzystował i miał byt zapewniony. Ruina jego datuje się blizko od 12 lat, kiedy to w przasnyskim powiecie była zaprowadzona pomoc lekarska wyjazdowo-ambulatoryjna, mała próbka, która 3 lata temu posłużyła przykładem dla wielkiej próby wprowadzenia takiejże pomocy lekarskiej w całej gubernii płockiej. Od 12 lat szpital, który sam potrzebował pomocy materyalnej, musiał ponosić wydatki na lekarstwa dla przychodzących, a takich lekarstw było dużo, od 5 do 10 tysięcy rocznie, co wielce obciążało skromny budżet szpitala. Od tego czasu sechł, aż wpadł w zupełne suchoty. Dzisiaj grozi mu ruina, a ratunku znikąd nie widać. I rzeczywiście, na samym wstępie zwraca naszą uwagę zaduch i brak powietrza. Wchodzimy do sal dla mężczyzn jeszcze większy zaduch; wentylacyi żadnej, ściany niepamiętają, kieby były bielone, sufity pozaciekane i zapleśniałe; kołdry dla chorych bardzo stare, przesiane i stanowczo za chłodne na obecną porę. Wchodzimy na sale dla kobiet, na górze, jeszcze większy zaduch, brud i nędza; schody spróchniałe. Miejsca ustępowe zupełnie wadliwie urządzone, woń z nich rozchodzi się po korytarzach. Wanny, ten kardynalny i najpotężniejszy środek leczniczy, niżej najwyrozumialszej krytyki; są one pomieszczone w kojcu, gdzie i pies by nie chciał siedzieć. Oprócz tego, są tylko dwie wanny jedna tuż przy drugiej; a gdzie tu myć chorych wstępujących do szpitala, gdzie kąpać chorych z chorobami zakaźnemi, naprz. tyfusowych, gdzie kąpać chorych na zapalenie nerek z obrzękami, dla których wanny ciepłe—to życie, gdzie, wreszcie, kąpać wenerycznych i gdzie skórnych chorych?...

I wiele, wiele rzucających sią w oczy braków można by tu przytoczyć, lecz dosyć i tego; o czarne kolory nam nie idzie. Chodzi nam tylko o to, aby ogół wiedział, że instytucyi tak niezbędnej jak szpital grozi zupełna ruina. A teraz kilka słów o pomocy lekarskiej w tym szpitalu. Jeden lekarz na szpital powiatowy w normalnych warunkach zupełnie wystarcza, lecz w przasnyskim szpitalu i pod tym względem są warunki nienormalne, a nawet wielce wadliwe. Lekarz szpitalny od 12 lat z niewielkiemi przerwami, a od trzech lat zupełnie bez przerwy, raz w tygodniu musi opuszczać swój szpital na cały dzień, a sam jest obowiązany jechać daleko i przyjmować chorych przychodzących na tak zwanym punkcie ambulatoryjnym. Raz w tygodniu (w Mła-

wie dwa razy) szpital cały dzień niema lekarzo, a w ten dzień chorzy także potrzebują jego pomocy i bardzo często więcej, niż kiedyindziej. Choroba bowiem to taki sprytny złodziej, że gdy na niego najbardziej polujemy, to on się nie zjawia, a kiedy jesteśmy od niego daleko, on się śmiało zakrada. Takie nienormalne i wielce wadliwe iwarunki są bardzo szkodliwe dla szpitala i za uciążliwe dla lekarza, który ma bez wyjażdów w szpitalu dużo pracy.

A teraz jedno słówko pod waszym adresem szanowni obywatele ziemscy. Wasi ojcowie głową, czynem i kieszenią pomagali szpitalowi; a dziś — wy ich spadkobiercy złej i dobrej doli odsunęliście się od szpitala. Dlaczego? Wszak wy te czasy pamiętacie, a dla dobra ogółu pracować zawsze potrzeba."

(„Echa płoc. i łomż. 1901 № 379)

6. Przepisy sanitarne na prowincyi. Pośród przepisów sanitarnych, wydanych przez p. gubernatora łomżyńskiego dla mieszkańców m. Makowa, znajdujemy, między innemi następujące: Zabrania się w środku miasta urządzać składy skór, gałganów, kości; w piwnicach niewolno urządzać mieszkań; nie dozwolonem jest również pranie bielizny w studniach. Piwnice corocznie, wraz z nastaniem pory ciepłej, winny być starannie przewietrzone i osuszone.

7. Jak donosi „Tydzień" (№ 47) czterech rzeźników tuszyńskich skazał miejscowy sąd gminny na zapłacenie po 25 rub. każdego, lub odsiedzenie po 7 dni w kozie za sprzedaż mięsa po za obrębem właściwej jatki — w mieszkaniu prywatnem obok jatki i w jakiejś komórce.

Bardzo to pocieszające, że nowe przepisy o handlu mięsem są już ściśle przestrzegane w całej gub. piotrkowskiej. Oby tylko nie osłabła ta energia władz wykonawczych!

8 Ujawnienie przyczyn wypadków w kopalniach. Częste, a zwykle o jednakowym charakterze, wypadki nieszczęśliwe w kopalniach i hutach, niezależnie od innych przyczyn powstają także wskutek tego, że wynikające przez niedoskonałość w urządzeniach i w sposobach prowadzenia robót zdarzenie pozostaje ukryte w tajemnicy. Prowadzone przez urzędników górniczych śledztwa i dochodzenia przyczyn wypadków nie stają się własnością ogółu, a przechowują się w aktach archiwalnych zarządów górniczych, przyczem zdarza się często tak, że wynikły wypadek w jednym okręgu górniczym, pozostaje nieznany drugiemu okręgowi lub kopalni i hucie.

Wobec tego departament górniczy uznał za niezbędne ujawniać przyczyny wypadków szerszemu ogółowi i w tym celu postanowił dokonać ekspertyzy naukowej protokułów o wypadkach nieszczęśliwych, poddać je systematycznemu obrobieniu i wydać oddzielną książkę, uzupełniając stopniowo ten materyał notowaniem wypadków, jakie się zdarzać będą w przyszłości. Wobec tego, że dokonanie wyciągów z protokułów przedstawia dość kłopotliwą robotę, departament górniczy wyznaczył dla osób, którym będzie polecone przez zarząd to zajęcie, wynagrodzenie w wysokości 0,25 rub. za wyciąg.

(Kur. Sosnowicki № 47.)

9. Wydział lekarski gub. Saratowskiej zwrócił się do Rady lekarskiej z zapytaniem: czy lekarze, nie mający stopnia doktora medycyny, mają prawo na szyldzikach, w ogłoszeniach i t. p. nazywać się „doktorami". Rada lekarska wyjaśniła, że każdy lekarz ma prawo używać tytułu „doktora".

(Wracz 1901 № 43.)

10. Rada lekarska, biorąc pod uwagę, że prawo pod wyrazem „akuszer" rozumie lekarza, który złożył — stosownie do № 26 wyjaśnień § 546-go Ustawy lekarskiej — specyalny egzamin na stopień akuszera, jako członka urzędu lekarskiego, uznała, że lekarze, którzy takiego egzaminu nie złożyli, nie mają prawa używać, w ogłoszeniach i na szyldach tyłułu akuszera.

(Wiestn. Ob. Hyg. 1901. XI.)

Krytyka i bibliografia.

Księga jubileuszowa doktora medycyny Teodora Dunina ku uczczeniu 25-o letniej działalności Jego lekarskiej wydana przez Jego byłych i obecnych uczniów. Warszawa. 1901. 5 tablic, 30 drzeworytów. Str. VIII + 529 in 4⁰ Cena rub. 5. Całkowity dochód ze sprzedaży przeznaczony na sanatoryum ludowe.

Władysław Janowski. Teodor Dunin. Szkic biograficzny i charakterystyka Dunina jako człowieka, lekarza i przewodnika.

Spis prac oryginalnych Teodora Dunina.

Kazimierz Rzętkowski. W sprawie przemiany materyi przy przewlekłem zapaleniu nerek. Dokładny opis przebiegu wymiany materyi u chorego na przewlekłe zapalenie nerek o typie przeważnie miąższowym. Jako wniosek z tej obserwacyi przytacza autor, że chory pod względem przemiany materyi nie różnił się bardzo od zdrowego. Jedyne różnice jakie, ujawniły się: 1) zatrzymanie w ustroju związków $P_2 O_5$; 2) wahania przy wydzielaniu codziennem N z moczem (co autor porównywa do arytmii serca) i 3) nieco zmniejszona ilość kwasu moczowego. W końcu swej pracy R. daje kilka bardzo słusznych uwag w sprawie dyety chorych na nerki.

Aleksander Pański. Przypadek rozsianego ostrego zapalenia rdzenia (Myelitis disseminata acuta, Encephalomyelitis) *po zaczadzeniu, zakończony wyzdrowieniem.* Patrz str. 27.

Władysłow Janowski Znaczenie rozpoznawcze i rokujące krwawych wymiotów. Rozbiór kliniczny tego objawu w zależności od różnych momentów etyologicznych. Sposoby wykrywania krwi w masach wymiotnych. Rozmaite znaczenie tego objawu pod względem rokowania.

Władysław Janowski. Trzy przypadki zapalenia nerwów wskutek otrucia arszenikiem. Obok opisu trzech własnych przypadków — monograficzne opracowanie całej tej postaci chorobowej, z obszerną (179 numerów) literaturą.

Józef Goldbaum. O sztucznem żywieniu chorych. Żywienie za pomocą zgłębnika. Żywienie za pomocą lawatyw. Żywienie za pomocą injekcyi podskórnych.

Anastazy Landau. Badania nad sprawnością nerek za pomocą błękitu metylenowego. Z wydzielania błękitu metylenowego nie wolno wnioskować o tak złożonej czynności, jak funkcya nerek.

Władysław Lehr. O leczeniu nerwobólu kulszowego (Ischias) mięsieniem i bezkrwawemi naciąganiami. Te zabiegi, stosowane przez autora w 48 przypadkach, dały wyniki dodatnie nawet przy za-

palnym charakterze cierpienia i — co ważniejsza — nawet w przypadkach świeżych (ostrożne stopniowanie siły zabiegu).

Władysław Palmirski. O błonicy i surowicy przeciwbłoniczej. Opis techniki i podstaw naukowo-teoretycznych wyrobu surowicy.

Stanisław Nowaczek. Przypadek skurczowego zwężenia przełyku. Opis przypadku tego cierpienia, które nagle wystąpiło u 60 letniej rekonwalescentki po influenzy po otrzymaniu nieprzyjemnej wieści.

Henryk Landau. Poszukiwania doświadczalne nad zachowaniem się żelaza w ustroju ludzi i zwierząt. Praca doświadczalna (doświadczenia na ludziach i zwierzętach), której najważniejszy wynik brzmi: skuteczność nieorganicznych prepatatów żelaza w pewnych postaciach anemii polega nie na ubocznem jego działaniu (draźnieniu) na narządy krwiotwócze, lecz prawdopodobnie na tem, że zostaje ono użyte wprost jako materyał do wytwarzania hemoglobiny.

Stanisław Kopczyński. Z kazuistyki nowotworów i ropni mózgowia. Opis dziesięciu przypadków: 7 nowotworów i 3 ropnie.

S. Mintz O nadżerkach wybroczynowych żołądka. Dwa przypadki spostrzegane u osób młodszych; zejście w obu pomyślne.

Stanisław Trzebiński. O operacyjnem leczeniu obrzęków przy „hydrops anarasca“. Autor oddaje pierwszeństwo sączkowaniu przed nacięciami; zwraca uwagę, że często sączkowanie po raz drugi wykonane pociąga za sobą zakażenie przyranne, prawdopodobnie dzięki zmniejszonej czujności antyseptycznej.

Stanisław Mutermilch. Własności chemiczne i morfologiczne wysięków tłuszczowych (hydrops chylosus et chyliformis).

Witosław Dąbrowski Badania nad zarazkiem ospy. Opis swoistych drobnoustrojów, którym autor przypisuje, obok swoistej, własność ropotwórczą; nie zalicza ich do hurmaszków (sporozoa).

Tadeusz Jasiński. Przypadek astazyi — abazyi i kilka uwag o tem cierpieniu. Stan ten uważa autor za zależny od nieświadomej autosuggestyi objawów histerycznych.

A. Puławski. Neurastenia peryodyczna. Opis dziesięciu przypadków tego rzadkiego cierpienia; jego obraz kliniczny.

A. Puławski. Próba określenia wartości odżywczej jedzenia w zakładzie leczniczym.

Józef Pstrokoński. Pierwotny mięsak żołądka.

Jan Markiewicz. O przewlekłem unieruchomiającem zapaleniu kręgosłupa. Opis dwu przypadków kazuistycznych.

Józef Skłodowski. Dwa przypadki ciężkiej niestrawności nerwowej.

Mieczysław Halpern. W sprawie leczenia tętniaków aorty za pomocą podskórnych wstrzykiwań żelatyny. W trzech przypadkach stosowania tego zabiegu wynik był ujemny.

Ignacy Świętochowski. Przyczynek do nauki o migrenie. W wielu przypadkach migrena zależy od nadmiaru kwasu solnego w żołądku; wtedy jako środek leczniczy należy uważać podawanie — podczas napadu — dyety przeważnie białkowej.

H. Quesnel. **Jak można zapobiegać suchotom płucnym jako chorobie zaraźliwej.** Przedkład D-ra St. Bastoszewicza. b. docenta uniwersytetu. Z 4-ma rysunkami. Warszawa. 1902. Str. 46 (in. 32°) Cena 20 kop.

Niefortunny uczynił wybór tłómacz, przyswajając nam tę książeczkę.

Zdarzają się w niej takie nieścisłości, jak np. jako oznakę *skłonności* do suchot wymieniono: „blada (hektyczna) cera z czerwonymi wypiekami na twarzy" (str. 11); natomiast jako *wyraźny objaw* suchot: „rzężenie w piersiach przy oddychaniu" (str. 39).

Śmiesznem jest dla naszego czytelnika ostrzeżenie, by nie leczył on żołądka „rozmaitymi likierami"; ten zwyczaj francuzki jest przecież u nas nieznany. Toż samo powiedzieć należy o ustępie, gdzie autor mówi, że „zbyteczne jest posyłać chorych w podróż morską".

Wadą książeczki są też rysunki. Na rysunku 2 mamy podane różne szczegóły, które jedynie tu figurują, bez wszelkiego związku z treścią dziełka. zupełnie dla czytelnika niezrozumiałe („arterya senna", „przedsionek serca (uszko)" i t. d.). Natomiast na rys. 4 jest wiele liter — wcale nie objaśnionych.

Przejrzenie tej broszury przekonywa nas ponownie o wartości pracy Knopfa (Gruźlica i walka z nią), o której pisaliśmy w grudniowym zeszycie „Czasopisma."

Sg.

Dr Robert Bernhardt: **Rzeżączka czyli tryper i jego leczenie.** Przystępnie napisał... Warszawa 1901. str. 78. 16°.

Broszurka niema na celu samolecznictwa. Stanowi ona poradnik hygieniczno-dyetetyczny dla osób, dotkniętych rzeżączką i nie mogących, z rozmaitych powodów, zasięgać w początkach cierpienia pomocy specyalisty. Jednakże jest ona nieco przeładowana szczegółami terapentycznymi.

Nieszczególny jest rysunek na str. 6, gdzie wszystkie ciałka ropne są przedstawione jako jednojądrowe. Wyjąwszy niektóre wyrażenia, jak, naprzykład „mocz sprzezroczystsza się" (str. 18), całość jest napisana jasno i przystępnie; zwłaszcza z korzyścią może być przeczytany rozdział II, omawiający przepisy hygieniczne podczas rzeżączki oraz rozdział ostatni, gdzie mowa o tem, jak się uchronić przed rzeżączką.

E. S.

Komitet redakcyjny:
S. Fankanowski, B. Handelsman, Ks. Jasiński, K. Jonscher, H. Kohn, J. Koliński, A. Krusche, J. Maybaum, J. Michalski, I. Perlis, A. Rząd S. Serkowski E. Sonnenberg.

Wydawca: Dr. Cz. Stankiewicz. Redaktor: Dr. S. Sterling.

Дозволено Цензурою г. Лодзь 27 Декабря 1901 г.

Druk. i Lit. R. Resiger, Łódź.